

Université de Montréal

**Lieu de liens, lieu de vie :
oser le réseau comme alternative à la vulnérabilité.
Le cas des demandeurs d’asile à Projet Refuge (Montréal).**

Par
Noémie Trosseille

Département d’anthropologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l’obtention du grade de Maître en Anthropologie

Décembre 2015

© Noémie Trosseille, 2015

RÉSUMÉ

La vulnérabilité est l'attribut fondamental justifiant le passage des frontières du refuge canadien (Rousseau *et al.*, 2002 ; Clément et Bolduc, 2004). Elle est preuve d'insécurité pour la victime requérant l'asile ; elle est aussi porteuse d'espérance de sécurité en terre hospitalière. Elle est pourtant potentiel réactualisé dans l'insécurité d'un statut incertain en terre d'accueil (Agamben, 1997 ; D'Halluin, 2004). Violente immersion.

En attendant que les preuves de sa vulnérabilité originelle soient validées, le demandeur d'asile se retrouve dans un entre-deux a-territorial et atemporel (Agier, 2002 ; Le Blanc, 2010) et dans une précarité tout aussi dangereuse (Ouimet *et al.*, 2009). Des besoins émergent en cette terre inconnue, or l'accès aux soins de santé lui est limité par des textes de lois ambigus et leurs interprétations maladroites (Harris et Zuberi, 2015). Ainsi lorsqu'il se heurte à des barrières érigées par une transmission d'informations défectueuse, sa précarité ne fait qu'empirer. Tel un boomerang, ce paradoxe cultive leur vulnérabilité.

Alors que les recherches interrogent les divers intervenants en santé (Asgary et Smith, 2013), j'ai choisi de donner la parole aux premiers concernés et de relayer leur vécu par rapport à leur propre personne. Deux objectifs principaux guident la recherche : documenter dans un premier temps leur parcours de quête de soins à partir de la circulation des informations formelles et informelles dans le but de sonder leur avis sur la vulnérabilité qui leur est attribuée ; documenter dans un second temps leur parcours migratoire de quête de soi afin de mettre en lumière les stratégies alternatives d'entrée en contact avec la société d'accueil pour négocier voire rejeter cette identité vulnérable.

J'ai rencontré pour cela des demandeurs d'asile lors d'un terrain de huit mois au sein d'un organisme communautaire d'hébergement à Montréal. Dans ce contexte d'accompagnement et de stabilité spatiale, accalmie bienvenue au terme d'un itinéraire semé d'embûches, les ressources informationnelles sont à leur disposition et la reconnaissance sociale est à l'honneur. En parallèle, beaucoup témoignent de la diminution de leurs besoins de soins de santé. En cette communauté thérapeutique (Pocreau, 2005), véritable tremplin vers la société d'accueil en attendant un statut reconnu, ils bénéficient

d'une possibilité de participation sociale et d'un sentiment d'appartenance valorisant. Si des conditions précaires peuvent aggraver la vulnérabilité, le bricolage de conditions positives favorise la résilience (Cleveland *et al.*, 2014), créant un environnement revitalisant qui leur permet de rebondir.

Mots clés : *anthropologie, demandeur d'asile, réfugié, vulnérabilité, résilience, santé.*

ABSTRACT

Vulnerability is a fundamental attribute which justifies the crossing of the Canadian refuge borders (Rousseau et al., 2002 ; Clément et Bolduc, 2004). It is a proof of insecurity for the victim who requires asylum ; it also bears hope of security in the land of hospitality. However it is an updated potential of insecurity about an uncertain status in the host country (Agamben, 1997 ; D'Halluin, 2004). Violent immersion.

Until the proofs of his original vulnerability are validated, the asylum seeker lies in an “in-between” with no defined territoriality or temporality (Agier, 2002 ; Le Blanc, 2010); and in a precariousness just as dangerous (Ouimet et al., 2009). Needs arise in this unknown land, yet the access to healthcare is limited by ambiguous laws and their inappropriate interpretation (Harris et Zuberi, 2015). So when he faces barriers erected by an erroneous transmission of information, his precariousness only spirals down. As a boomerang, this paradox maintains his vulnerability.

While researches have focused on the perceptions of various health practitioners (Asgary et Smith, 2013), I chose to let the concerned patient speak, and to relay their actual experience. Two key objectives are guiding my research : first, to examine their quest for health care with formal and informal information sources, aiming to sound out their feelings about the vulnerability ; secondly, to document their migratory path for their self in order to lighten the alternative strategies to create contact with the host society, negotiating or fully rejecting this vulnerable identity.

To accomplish this research, I met asylum seekers during an eight months ethnographic fieldwork in a community organization of accommodation in Montreal. In that context of support and spatial stability, a welcomed respite at the end of a bumpy route, the informational resources are at their disposal and they at last encounter some social recognition. Meanwhile, many of the participants felt a lesser need for healthcare. In this therapeutic community (Pocreau, 2005), which is a real springboard to the host society while waiting for an accepted status, they enjoy an opportunity for social participation and a growing sense of belonging. Precarious conditions can exacerbate the vulnerability, however the tinkering of positive conditions favors resiliency (Cleveland et al., 2014) by creating a revitalizing environment which allows them to rebound.

Keywords : *Anthropology, asylum seeker, refugee, vulnerability, resiliency, health.*

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS	7
AVANT-PROPOS	9
REMERCIEMENTS	10
INTRODUCTION	12
Chapitre 1 – PÉRÉGRINATIONS THÉORIQUES	19
1.1. CIRCONSCRIPTION DES FRONTIÈRES	21
1.1.1. Demandeurs d’asile déterritorialisés	22
1.1.2. Hospitalité et sécurité au Canada	28
1.1.3. Ancrages pathologiques	33
1.2. ÉVALUATION DES RISQUES.....	37
1.2.1. Suspension temporelle.....	39
1.2.2. Classification dysfonctionnelle	43
1.2.3. Culture de la vulnérabilité	48
Chapitre 2 – INSPIRATION ANTHROPOLOGIQUE	57
2.1. CONTRIBUTION MULTIDISCIPLINAIRE	59
2.1.1. Complémentarité et collaboration	60
2.1.2. Question et objectifs de la recherche	63
2.1.3. Composition méthodologique	67
2.2. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	71
2.2.1. Ethnographie d’un organisme « en mode survie ».....	71
2.2.2. Implications éthiques	77
2.2.3. Projection réflexive	80
Chapitre 3 - TRANSLATION DES VULNÉRABILITÉS	84
3.1. PRIORITÉS MIGRATOIRES	85
3.1.1. Sursis stressant.....	86
3.1.2. Un toit et un emploi	90
3.1.3. Intérêts médicaux	93
3.2. MÉDIATION SANITAIRE	97
3.2.1. Informations superficielles.....	98
3.2.2. Rencontres cliniques	101
3.2.3. Écoute attentive.....	107

Chapitre 4 – ARTICULATION DE LA RÉSILIENCE	113
4.1. ÉLOGE DE LA FAMILLE.....	115
4.1.1. Solitude grégaire	116
4.1.2. Déliaisons intimes	120
4.1.3. Trajectoire déçue	124
4.2. GÉOLE IDENTITAIRE.....	128
4.2.1. Vagabondage alternatif.....	129
4.2.2. Communauté thérapeutique	133
4.2.3. Bricolage revitalisant	137
CONCLUSION	143
BIBLIOGRAPHIE	148



PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ALPA	Accueil Liaison Pour Arrivants
ARM	Action Réfugiés Montréal
CCR	Conseil Canadien pour les Réfugiés
CDAR	Clinique des Demandeurs d’Asile et des Réfugiés
CHUM	Centre Hospitalier de l’Université de Montréal
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CISR	Commission de l’Immigration et du Statut de Réfugié
CIUSSS	Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CSSS	Centre de Santé et de Services Sociaux
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l’Homme
FDA	Fondements de la Demande d’Asile
IRB	Immigration and Refugee Board
LIPR	Loi sur l’Immigration et la Protection des Réfugiés
MIDI	Ministère de l’Immigration, de la Diversité et de l’Inclusion
PAR	Programme d’Aide à la Réinstallation
PFSI	Programme Fédéral de Santé Intérimaire
POD	Pays d’Origine Désigné
PRAIDA	Programme Régional d’Aide et d’Intégration des Demandeurs d’Asile

PTE	Potential Traumatic Event
RAMQ	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
SAPSIR	Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés
SPR	Section de la Protection des Réfugiés
TCRI	Table de Concertation des organismes au service des personnes Réfugiées et Immigrantes
UNHCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
YMCA	Young Men's Christian Association



« *Voyager, c'est aller de soi à soi en passant par les autres* »

- Moussa Ag Assarid (2006 : 44).

Pas besoin de partir, pour trouver de l'ailleurs. Chercher autrement permet de s'évader tout autant. Ces années de maîtrise furent avant tout un profond périple intérieur et une émancipation intellectuelle, la découverte de l'ambition et quelques retours en arrière, d'intéressantes remises en question et davantage de confiance personnelle. Au fil des liens tissés, et parfois décousus, j'ai grandi. A la rencontre de l'inconnu, dans les lieux insoupçonnés, ici et pourtant loin, très loin, de la réalité pensée. Je suis allée, pour mon mémoire, écouter des étrangers parler de leur histoire à eux. Sans le savoir ils m'ont en retour projetée dans leur monde, ils m'ont petit-à-petit fabriquée et surtout ils m'ont grandement inspirée. Ce sont leurs déboires que je voudrais ici commémorer.

Les lignes qui vont suivre, et jusqu'au point final, se veulent une ouverture à l'autre, exilé chez nous, une écoute attentive d'un point de vue trop souvent tu. Un retournement de situation, le revers de la médaille d'indignations collectives envers une vulnérabilité supposée par la société d'accueil, et les moyens mis en œuvre pour y pallier, pour ou contre l'offre de conditions de vie acceptables, que la moyenne de nous tous, en tout cas, ne saurait tolérer. Penser la vie, c'est souvent croire que tout le monde la voudrait comme ci, ou comme ça. La réponse à une situation nous paraît souvent logique et donc universelle, mais les façons d'accepter les détours du voyage appartiennent à chacun. Affronter ce qui nous tombe dessus, sans prévenir, c'est pour certains se donner les moyens de se relever, alors que pour d'autres c'est se laisser mourir.

J'aimerais leur demander comment ils se sentent, les demandeurs d'asile à Montréal, lorsque nous admettons que c'est inadmissible de les accueillir avec si peu de moyens. Face à ces prises de position au nom de l'autre, il y a l'autre, et sa vision des choses. L'autre et ses déceptions. L'autre et sa reconnaissance. L'autre et sa débrouillardise. Et sa capacité de s'adapter. Et, en filigrane, l'inconsciente faculté de l'humain de permettre à son prochain de mieux se connaître.

REMERCIEMENTS

Des quatre coins du monde, j'ai dès maintenant des personnes à remercier.

Les premiers seront tous ces inconnus qui, cherchant le refuge, m'ont gentiment donné un peu de leur temps, m'ont volontiers raconté un fragment de leur vie, ont partagé un bout de chemin. Vous m'avez fait grandir, sans le savoir, par vos questions sans gêne et vos philosophies revitalisantes.

Je dois aussi un énorme merci à Sarah Galliano, coordonnatrice de l'organisme Projet Refuge, qui m'a ouvert la porte en grand, accueillie les bras ouverts et le sourire aux lèvres, qui a cru en mon projet et qui en a persuadé d'autres. À mesure des contacts que tu m'as présentés, tu m'as donné confiance par ta générosité et ton dévouement.

Merci à ma directrice Sylvie Fortin, sans qui je n'aurais entrepris un tel projet. Tu as su, par des petites phrases subtiles et bien placées, me guider sur le droit chemin, me faire évoluer à travers des remises en question existentielles et des réajustements réalistes de ma recherche.

Merci ensuite à Janet Cleveland, ma co-directrice passionnée, qui m'a prise sous son aile et a été d'une patience précieuse. Tu m'as ouvert la perspective d'une contribution au sein d'une équipe de recherche d'une envergure impressionnante, et tellement enrichissante.

Merci à Jeanne, mon amie de moments tangents, qui a su écouter mes doutes tout en me livrant les siens, qui a su aussi parler de petits rêves et de petits riens. Les coudes serrés, on s'en sort finalement très bien.

Merci à mes grimpeurs préférés, pour nos séances d'escalade à n'en plus finir, qui m'ont permis de me vider la tête quand ça bouillonnait trop fort, et qui m'ont toujours ramené les pieds sur terre.

Merci à mes deux merveilleuses colocataires, Lisa et Fréhel, pour leur présence, leur joie de vivre et leur fantaisie, tout simplement.

Merci à ma famille, loin des yeux, proche du cœur, à mes parents qui m'ont transmis la pique de l'ailleurs, et l'ouverture aux autres. Merci à Joachim pour l'échange de tablettes de chocolat qui m'ont, ma foi, bien motivée. Merci à Nathan qui m'a toujours rappelé de garder mon violon sous la main, en cas d'un besoin rapide d'évasion. Merci à Maïlys, qui a grandi sans que je m'en rende compte, et qui s'en va maintenant dans sa propre direction, gardant le cap, coûte-que-coûte, déterminée et inspirante.

Merci à Marie-Françoise, qui m'a permis, sans le savoir, de structurer ma pensée.

Enfin merci à Félix, heureux contagieux, qui m'inspire au quotidien l'ambition et l'autoréalisation, pour la suite de l'aventure.



INTRODUCTION

« Mais entrons dans la lecture et laissons-nous emporter. C'est à un voyage dans le temps auquel nous sommes conviés. Mais alors que nous sentons les trépidations du wagon qui nous emporte, que le paysage défile, ce temps nous semble étrangement immobile » - Georges Lewkowicz (2011 : 164).

Ceux qui résident en l'asile proviennent de tous horizons. Déroutés en tous genres, étrangers entre-deux, entre ici et ailleurs, entre avant et après, voyageurs immobiles dont personne ne veut. « Des vies surgissent à la frontière, ni dedans ni dehors, à la fois dedans et dehors » (Le Blanc, 2010 : 19). Déracinés en voie de désagrégation. Exilés en voie de recomposition. Ils ne sont plus et ils ne sont toujours pas, attendant d'être reconnus, personne encore, qui alors ?

« L'avant et l'après font l'objet de nombreux commentaires et de discussions politiques, mais pas le pendant : c'est un présent impensable dans la durée » (Agier, 2002 : 93). L'avant, c'est le temps des tortures ou des persécutions, jusqu'au point insoutenable où la fuite devient la seule issue envisageable. L'après, c'est la fin du danger et un nouveau départ, loin de tout ce qui appartient au passé, l'entrée dans un monde inconnu, toutefois plus sécuritaire que là où l'on a vécu. Le pendant c'est l'espoir, la patience et l'incertitude. C'est le temps des preuves et des remises en question. Un présent dont la durée reste indéfinie, un présent qui n'admet que deux sorties : l'hospitalité ou le retour à la case départ. Le présent est une quarantaine, qui veut vérifier l'authenticité du besoin indispensable de se réfugier.

L'asile est ce présent. L'asile est cette frontière, cet intermédiaire hétérotopique. « Si un lieu peut se définir comme identitaire, relationnel et historique, un espace qui ne peut se définir ni comme identitaire, ni comme relationnel, ni comme historique définira un non-lieu » (Augé, 1992 : 100). L'asile est une identité illégitime, jusqu'à preuve du contraire. L'asile est cette occasion de prouver qu'on le mérite. Le requérant ne présente aucun intérêt, tant qu'on n'a pas certifié qu'il est. Il a un potentiel, économique et culturel, pour la nation d'accueil, une fois que sa présence y sera acceptée. Il transporte également le

potentiel d'être inacceptable, le potentiel d'être renvoyé. L'intérêt viendra s'il franchit le seuil, et s'il réussit à s'intégrer. Mais pour l'instant, il est inintéressant. « L'étranger est constitué [...] comme un être de la pure attente, attendant que soit levée l'attente, attendant la désignation paradoxale qui viendra abolir la désignation d'étranger » (Le Blanc, 2010 : 36). L'asile est ce suspens.

L'asile est un carrefour d'interférences de représentations intérieures et extérieures de la personne y requérant son séjour. L'avant a pris fin dans la non-adhésion récente d'un individu à son identité nationale d'origine. L'après prendra peut-être effet, dans la reconnaissance d'une identité de réfugié, de la part de la société d'accueil. Les représentations que l'individu a de lui-même, et celles que la société a de cet individu, dans une dynamique de rapports de force, sont en tension dans ce présent, plaie ouverte d'une rupture identitaire, processus de guérison en quête de soi. Vulnérabilité en est le mot d'ordre.

Or s'il est admis qu'un demandeur d'asile fuit son pays parce qu'il craint pour sa sécurité, il est également démontré que l'arrivée, au sein d'une société étrangère hésitante à reconnaître sa condition, est un contexte de vulnérabilité tout aussi inquiétant. Par exemple, « refugees could be at excess risk of psychiatric morbidity because of forced migration, traumatic events, and resettlement in unfamiliar environments » (Fazel *et al.*, 2005 : 1309). Paradoxalement, ces individus identifiés, authentifiés, certifiés vulnérables, n'ont plus qu'un accès limité aux soins de santé.

Au Canada, le Programme Fédéral de Santé Intérimaire (PFSI) est un programme d'assurance-santé pour les demandeurs d'asile et réfugiés réinstallés. Depuis 2012, le programme a subi des restrictions qui hiérarchisent notamment l'accès aux soins de santé en fonction du statut des migrants¹. Face aux coupures adoptées par le gouvernement fédéral en 2012, le Québec a décidé de couvrir les soins médicaux non couverts par le PFSI

¹ En 2015, le nouveau gouvernement libéral a « l'intention de rétablir dans son intégralité le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui offre une protection en matière de soins de santé limitée et temporaire aux réfugiés et aux demandeurs d'asile » - cf. <http://www.ledevoir.com/politique/canada/454747/crise-migratoire-air-canada-propose-d-aider-a-transporter-des-refugies-syriens>

Toutefois, cette mesure n'est pas encore effective, nous y reviendrons en conclusion de ce mémoire.

pour l'ensemble des demandeurs d'asile. Il subsiste néanmoins des problèmes d'accès aux soins de santé. Les coupures au PFSI ont envenimé un débat sur les conséquences néfastes potentielles pour la santé des demandeurs d'asile. Suite aux changements en 2012, aucun article scientifique n'a été encore publié sur la question, mais plusieurs groupes de médecins ont diffusé des articles d'opinion basés sur leurs observations et vécu personnel. Les uns mettent en garde contre les conséquences potentielles de ces coupures pour les demandeurs d'asile en termes d'intégration et de santé : « avec les coupures imminentes dans les services primaires et préventifs, il faut s'attendre à ce qu'un nombre grandissant de réfugiés se présentent à l'urgence avec un problème médical grave plus avancé » (Raza *et al.*, 2012 : e366). Les autres se penchent sur les difficultés rencontrées par les intervenants en santé face à la complexité des nouvelles politiques d'accès aux soins : « le manque de clarté et les étapes additionnelles pour naviguer dans le système se sont traduits par le refus de certains médecins de voir des réfugiés en dépit d'une documentation et une couverture valide du PFSI pour les visites » (Sheikh *et al.*, 2013 : e252). La cause principale invoquée pour expliquer ces obstacles et réajustements est le fardeau administratif auquel le personnel médical est soumis lorsqu'il décide de procurer des soins. Le découpage en sous-catégories détaillées de l'identité du réfugié rajoute une ambiguïté à la compréhension de la couverture disponible pour un patient. Vulnérabilité cultivée.

Ainsi l'asile, cette identité de passage, en attente d'hospitalité, à la frontière virtuelle du monde, immunise, et marginalise en même temps. « D'un côté, lieu de soin et de protection des déviants et autres faibles d'esprit, rencontre de la charité et de l'humanisme classique » (Kapsambelis, 2011 :3), l'asile est un espace de sécurité, loin du danger. « De l'autre, lieu d'exclusion d'une différence d'autant plus inquiétante qu'elle était hétérogène, car ne semblant pas pouvoir s'articuler à partir d'un quelconque langage commun, et notamment celui de la raison triomphante » (Kapsambelis, 2011 : 3). Car ceux qui résident en l'asile proviennent de tous horizons. À ce moment-là, l'histoire tourne en rond.

Funambules déambulant sur le fil de la vie, les demandeurs d'asile attendent dans une situation intermédiaire, à la frontière : frontière virtuelle. A tout moment, ils peuvent basculer, du côté du visible, ou de l'invisible.

J'ai vraiment besoin de beaucoup, beaucoup de chance actuellement parce que... ma vie est dans un moment où comme... tout peut changer pour le meilleur... ou pour le pire. So je suis dans le milieu actuellement - Momar.

Comment se sent-on dans ce milieu, justement ? Qu'en est-il du présent, en cet espace-temps improbable et imprévisible ? Si offrir l'hospitalité, c'est prendre soin, que se passe-t-il, en attendant d'y être éligible ? Et comment réagit-on, au gré des tribulations ? Mettons en lumière la relation entre « la loi du même et les voix de l'autre » (Le Blanc, 2010 : 21), écoutons l'harmonie de la rencontre, et la cacophonie de ses tentatives maladroit.

Donnons-leur la parole, même si « parler du temps qui passe [...] est un sujet dérangeant : la vie durable n'est pas supposée exister dans un espace hors des lieux, un moment hors du temps, une identité sans communauté » (Ager, 2002 : 93). L'anthropologie de la santé s'est donnée pour mission de comprendre les interprétations que les personnes et les groupes se font d'un problème de santé, et leurs manières d'y répondre. Si l'on a beaucoup étudié les réponses de la société d'accueil à la vulnérabilité de ses immigrants, il serait pertinent de regarder de l'autre côté du miroir, la manière dont les immigrants réagissent à cette identité vulnérable, et les réponses qu'ils y apportent. L'expérience des services de santé dépend non seulement des services offerts par la société d'accueil mais aussi de la capacité de l'immigrant de comprendre et de s'adapter aux particularités de la société dans laquelle il arrive, de s'y faire reconnaître une place, qu'il faut parfois négocier. Les professionnels de la santé, les groupes communautaires et d'autres acteurs de la société d'accueil peuvent jouer un rôle important pour faciliter ou pour bloquer l'accès aux soins des migrants à statut précaire (Vanhuynne *et al.*, 2013). La débrouillardise mise à l'épreuve pour les atteindre, pour aller chercher cette aide alternative et faire appel à des ressources complémentaires est alors précieuse. Dans le temps de l'attente et de l'espérance, comment perçoivent-ils les interactions qui les réimplantent parmi nous, et comment ces rencontres influencent leurs parcours de reprise de pouvoir, sur leur vie ? Ce mémoire vise deux objectifs. Premièrement, en retraçant les itinéraires thérapeutiques de demandeurs d'asile

et de réfugiés, nous voudrions mettre en relief les attentes vis-à-vis du système de santé et les obstacles rencontrés avant d'y mettre un pied. Deuxièmement, en interrogeant leurs stratégies d'entrée en contact avec la société d'accueil, nous cherchons les sources d'information complémentaires à la recherche de soins, et pourquoi pas de soi.

Le premier chapitre est un survol théorique, qui pose les bases de la réaction du corps envahi face à l'intrus, balisant les lois et les ressources de la société d'accueil vis-à-vis de son immigration, choisie mais surtout imposée par un devoir de protection, le tout étant régi par un système de représentations, qui influence les interactions. Car un étrange anormal arrive souvent sans crier gare. Un fou qui a perdu la raison. Un virus qui comporte un risque de contagion. Une épine dans le pied, qui va finir par s'infecter, si elle n'est pas retirée. « Une excroissance indue, menaçant l'organisme de l'intérieur, le menaçant de désorganisation et donc de mort » (Cornu, 2004 : 90). Un exilé inconnu qui ne sait pas trop quel est son but, mais qui fuit son point de départ par peur d'y laisser la vie. Le corps envahi se défend, face à cette inquiétante intrusion, et mobilise pour l'occasion un grand nombre d'agents d'immigration, dont la mission est de maintenir l'immunité du corps sain, démasquant les faux réfugiés pour leur fermer la porte au nez, redessinant un visage aux réfugiés à protéger, pour ne plus en avoir peur. Corps physique, corps social. Cela permettra de circonscrire les frontières de la rencontre pour mieux retourner le point de vue.

Le second chapitre révélera l'inspiration qui a permis à la recherche de naître et de se reconnaître une place légitime dans le monde des sciences. La prise de vue sur la situation prendra donc ici une focale anthropologique, tout en puisant dans des perspectives multidisciplinaires. On a posé des limites, à notre bulle de connaissances, pour filtrer les rencontres, et pour s'en protéger. Des frontières spatiales, des frontières temporelles, des frontières identitaires. Des limites qui ne sont pas immuables, pas tout à fait imperméables, des limites que l'on peut défier, repousser, et parfois même traverser. L'Autre est en effet sorti de son lieu exotique, il s'est introduit chez nous, redéfinissant les limites entre l'ici et l'ailleurs, entre nous et lui. La rencontre avec l'étranger nous sort de notre zone de confort et nous conduit, ensemble, vers un inconnu qui ne se prévoit pas. « La différence ne se constitue plus seulement par la relation à des frontières externes représentées par

l'étrangeté ou l'exotisme et traduites par le nous/eux, mais elle se constitue maintenant par une relation à des frontières internes, constituées en différences, intériorisées ou projetées, planifiées ou revendiquées et traduisibles par le nous avec eux » (Saillant, 2004 : 35). La rencontre avec l'altérité s'est déplacée, chez nous. Les anthropologues sont parfois revenus à la maison.

Dans le troisième chapitre, on assiste à une translation des vulnérabilités, d'un contexte pré-migratoire à un contexte post-migratoire, tout au long du parcours d'exil. Le demandeur d'asile est coincé : il laisse derrière lui son passé de citoyen persécuté, fuyant une nation à laquelle il n'adhère pas, et ose entrevoir devant lui une vie de réfugié, accepté par la nation d'accueil à laquelle il postule. En attendant, il espère. Il flotte dans un espace indéfini, arraché au passé, écarté de l'avenir, errant dans un présent dont la durée est inconnue. On parle d'un enfermement identitaire, et temporel. Spatial aussi. « Il faudrait pouvoir s'effacer comme sujet national et laisser parler les voix *autres* pour sentir combien les vies sont précaires quand elles sont sans attaches » (Le Blanc, 2010 : 11). Sentir la vulnérabilité qui les suit partout, qui fait d'eux ceux qu'ils sont, qui prend de multiples visages, en même temps qu'eux changent d'étiquette. L'Autre a apporté avec lui ses différences, et le contact nécessite des ajustements réciproques, oblige à repenser les relations sociales, engendre un partage de représentations mutuelles, renvoyant l'un comme l'autre à l'image de soi. Car il y a des rencontres que l'on choisit, et d'autres que l'on ne soupçonne pas. Des histoires de vie qui ne nous atteignent jamais, certaines que l'on ne fait que croiser, et d'autres avec lesquelles on fait quelques pas. Il y a des personnes qu'on laisse entrer dans nos vies, et d'autres à qui on ne le permet pas. Il y a des personnes qui nous mettent en confiance, et d'autres avec lesquelles on ne sait pas sur quel pied danser. Il y en a aussi certaines qui doivent nous prouver leur bonne foi, pour qu'on les autorise à faire partie de notre entourage.

Le quatrième chapitre suivra les parcours de vie de quelques demandeurs d'asile, propulsés à Montréal sans trop savoir comment s'y prendre, rencontrés dans leur quête d'une vie meilleure, témoignant des obstacles à franchir, écoutés raconter généreusement leurs stratégies pour se sortir de l'asile, et intégrer le refuge, ultimement. « En publiant ces entretiens, nous voulons d'abord donner la parole [...] à des personnes qui, d'ordinaire,

sont parlées plus qu'elles ne parlent » (Bourdieu, 1991 :4). Ce dernier chapitre interroge la négociation identitaire de personnes qui tendent à se frayer un chemin dans un lieu inconnu, à s'approprier une place reconnue, et en nos contraintes se retrouver.

C'est donc à un voyage un peu particulier que j'aimerais vous convier. Un voyage non pas choisi, mais plutôt une fuite par instinct de survie, à priori sans retour. Je vous invite ici dans le monde de l'exil, du déracinement, et de l'atterrissage, opérant un passage d'un terrain connu à une terre inconnue. Ce mémoire se veut un changement de perspective au regard des demandeurs d'asile, que l'on croit vulnérables, que l'on veut vulnérables, et que l'on vulnérabilise, une écoute éclairée de leurs façons de se penser. Permettons-nous alors de puiser, dans les témoignages des voyageurs interrogés au sein d'un organisme communautaire à Montréal, une dose d'espoir, une débrouillardise débordante et une capacité d'innover inspirante, pour aller chercher de l'aide en termes de santé, physique autant que mentale, auprès de ressources alternatives, lorsque le système de santé leur met des bâtons dans les roues. En partant du prérequis de vulnérabilité pour mériter le droit au statut de réfugié, en passant par les facteurs post-migratoires de vulnérabilité supposés par la population d'accueil, l'atterrissage se veut une nuance, et une démonstration de renforcement de soi.

« L'intrus s'introduit de force, par surprise ou par ruse, en tout cas sans droit ni sans avoir été d'abord admis. Il faut qu'il y ait de l'intrus dans l'étranger, sans quoi il perd son étrangeté » - Nancy (2000 : 11).

Aux portes de notre société se cache un espace un peu particulier. Il s'agit d'un lieu hors limites, hors champ, hors norme, un lieu virtuel et pourtant bien présent, où survivent les intrus, en attendant. L'intrus, c'est la différence. L'anormal. L'étranger. Il faut qu'il y ait des limites à franchir, pour que puisse exister ce trouble-fête. Des limites qui démarquent le même de l'autre, l'espace du dedans de l'espace du dehors.

La frontière est cette limite qui pose les bornes d'une société, qui régit l'ordre de l'intérieur, en comparaison au désordre extérieur. « Toute limite, toute frontière, est intentionnelle : elle procède d'une volonté ; elle n'est jamais arbitraire et l'on s'efforce de la légitimer originellement par un rituel religieux et plus tard par un procès politique » (Raffestin, 1986 : 3). Elle circonscrit une identité sociale dont l'enracinement, en son enceinte, fait partie intégrante de la reconnaissance que le reste du monde, en sa périphérie, lui accorde. Tout ce qui n'y appartient pas, et qui pourtant ose la franchir, sans y avoir été invité, se risque au rejet catégorique réservé à l'étranger.

L'espace de la frontière est ambigu : il n'est pas, comme une nation, un espace autonome, n'appartenant à personne et à tout le monde à la fois. Les étrangers qui s'y attardent alimentent, de par leur marginalité, l'imaginaire de ceux qui n'y sont pas. Le philosophe Michel Foucault définit ces espaces autres comme des hétérotopies : « les hétérotopies supposent toujours un système d'ouverture et de fermeture qui, à la fois, les isole et les rend pénétrables » (2004a : 18). C'est la sphère du dehors, et jamais du dedans « dans laquelle on place les individus dont le comportement est déviant par rapport à la moyenne ou à la norme exigée » (2004a : 16), des individus provenant des quatre coins de la planète, qui ne se ressemblent pas mais qui pourtant partagent ce lieu commun.

« L'hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles » (2004a : 17). Or la frontière est un espace que l'on retrouve tout autour du monde, un assemblage virtuel d'une multitude d'espaces qui sont régis par des conventions universelles, un lieu impalpable où les gens passent plus ou moins de temps, un lieu dont les conditions de séjour sont associées à un statut. Le philosophe prend l'exemple du cimetière, qui est « un lieu hautement hétérotopique puisque le cimetière commence avec cette étrange hétérochronie qu'est, pour un individu, la perte de sa vie, et cette quasi-éternité, où il ne cesse pas de se dissoudre et de s'effacer » (2004a : 17). La frontière est un champ où les interactions se font sur une toile de rapports de pouvoirs entre le local et le global, un espace certes bien particulier, et même assez paradoxal, dans lequel plusieurs acteurs acceptent de jouer : les gouvernements, les instances internationales, les réfugiés, les anthropologues. Quelle marge de manœuvre la frontière, en tant que structure, autorise-t-elle à ses agents, qu'ils la définissent, qu'ils l'étudient, ou bien qu'ils y vivent ? « L'hétérotopie subalterne ne se contente pas de poser un lieu séparé dans la marge des lieux officiels, elle mélange les lieux, fait se voisiner le subalterne et l'officiel, le légal et l'illégal, le clandestin et le public, et produit des trames originales » (Le Blanc, 2010 :167). C'est ainsi que s'est réajustée la notion de frontière, d'un trait à un cercle, pour devenir l'espace du voyageur, du sans-papier, du clandestin, du demandeur d'asile. L'espace de l'être humain qui n'a plus de place, déterritorialisé, forcé à une autonomie fuyante, c'est ce que cette première partie a le mandat de circonscrire : une identité mouvante, qui naît de la déviance et meurt dans la conformation, en passant par la frontière de la vie nue, porteuse de traumatismes pré-migratoires.

Délimitons les frontières dans un monde en mouvement, balisons la réflexion. Les frontières spatiales transcendées par des personnes aux parcours de vie multiples et variés, à l'intérieur desquelles se jouent des négociations identitaires entre ceux qui s'y rencontrent. Les frontières temporelles d'une problématique politique et sociale, d'un processus d'ajustement par rapport à l'intrusion étrangère. Les frontières conceptuelles d'une identité en cours de construction, pour ceux qui ne savent plus vraiment qui ils sont. Réelles et virtuelles, naturelles et artificielles, théoriques et pratiques, il s'agit de limites,

de barrières, qui définissent ceux qui sont dedans, et ceux qui n'y sont pas : les membres d'une société et les étrangers ; et les différentes catégories d'étrangers entre elles, également. Délimitons, finalement, les frontières disciplinaires, qui permettront de repenser les fondements des trois premières, et qui alimentent la richesse et l'originalité de la recherche.

1.1. CIRCONSCRIPTION DES FRONTIÈRES

« Ce qui est nouveau, c'est qu'on enferme de plus en plus, qu'on relègue de plus en plus, qu'on se débarrasse de plus en plus de ce qui gêne : les arriérés, les vieux, les éclopés, et tous les infirmes pendant qu'on y est » - Gentis (1970 : 14).

L'immigration est une bien vague condition, qui ouvre autant de portes qu'elle peut en fermer, enfermant tout autant qu'elle peut libérer. Dévoiler des horizons, ou leur mettre des œillères. Permettre de choisir, ou forcer la direction. A la frontière entre là-bas et ici, entre le passé et le futur, entre le citoyen et le réfugié, survit un étrange étranger, demandeur d'asile fraîchement débarqué quêtant l'hospitalité. C'est un personnage de passage, dans sa condition d'exilé. Le passage est pourtant mal délimité, tâchons de nous y atteler.

Dans un climat de post-seconde guerre mondiale et de guerre froide, dans un climat de mondialisation aussi, des groupes se rencontrent, des idées s'entremêlent, des espaces et des temporalités se rapprochent (Lacroix, 2003 ; Clochard, 2007 ; Crépeau *et al.*, 2007). Peu à peu s'est mis en place un système monde, et des instances internationales sont venues confirmer cette mondialisation par l'uniformisation de lois, régissant les relations entre les humains, et reconfigurant la carte des rapports de pouvoirs, inscrivant un nouvel acteur dans la hiérarchie globale, appelant les gouvernements à renégocier leur souveraineté, appelant les anthropologues à renégocier leur identité, appelant les migrants à renégocier leur place (Tarrius *et al.*, 2001 ; Simmons, 2002 ; Piché, 2005).

La sophistication des standards universaux liés à la promotion des droits humains s'est concrétisée en des normes internationales, dont chaque État s'inspire par la suite pour mettre en place ses propres politiques d'accueil (Crépeau *et al.*, 2007). La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948, assure une protection universelle à chaque être humain : « chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamées dans la présente déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale (...). Il ne sera faite aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante » (DUDH, 1948, article 2). Égaux devant le droit international, les individus sont pourtant classés dans de grandes catégories suivant leur appartenance territoriale, mais également suivant le territoire sur lequel ils atterrissent. Ainsi lorsque certains fuient leur territoire, se retrouvent sans terre, on s'empresse de fabriquer une catégorie pour garder le contrôle, les localiser à tout prix, même s'il faut les suivre jusque dans l'invisible.

1.1.1. DEMANDEURS D'ASILE DÉTERRITORIALISÉS

« Le voici maintenant cet habitant des frontières, sans identité, sans désir ni lieu propres, errant, égaré, douleur et rire mêlés, rôdeur écoeuré dans un monde immonde. C'est le sujet de l'abjection » - Kristeva (1980 : 258).

On est tous l'étranger de quelqu'un. Toute personne qui se déplace est susceptible d'atterrir dans cette catégorie. C'est le principe de la communauté, dit le philosophe Paul Ricoeur dans *La condition d'étranger* (2006), le principe selon lequel l'autre permet de définir un groupe, de par son extériorité. Il y a les membres, et les non-membres : les étrangers. Définir une catégorie d'étrangers, c'est dans un premier temps tenter de cerner la « compréhension que nous avons de notre appartenance comme membre de la communauté nationale » (2006 : 265), c'est se regarder dans le miroir et être capable de

réfléchir aux traits qui nous caractérisent. Alors seulement il est possible de définir l'autre en fonction des traits que nous ne partageons pas, et de mettre en lumière les « représentations que nous nous faisons de l'étranger » (2006 : 265). Finalement cela permet d'analyser, au regard de notre vision du monde, l'accueil qu'on leur réserve, et de comprendre les subtilités de fonctionnement du système. Une fois le demandeur d'asile dessiné, il sera possible de mettre cette identité construite en dialogue avec leur vision d'eux-mêmes, tels qu'ils se perçoivent.

L'étranger naît donc de son état intrusif. L'individu déraciné de ses origines acquiert un potentiel d'étrangeté qui se concrétisera éventuellement lorsque sa personne atterrira en terre inconnue. Invisible pour ceux qui l'ont vu partir, inconnu encore à son atterrissage, à l'aube de la rencontre, finalement étranger aux yeux de ses hôtes.

L'immigrant se révèle sous une multitude de visages, toujours étranger en pays d'accueil, mais portant pourtant dans les modalités de son déplacement un potentiel de danger pour ceux qui le voient arriver. On distingue ainsi plusieurs catégories d'immigrants, plus ou moins dérangeantes au regard de la société d'accueil, « trois situations que l'on peut classer dans un ordre tragique croissant : « l'étranger chez nous », c'est d'abord le visiteur de plein gré » (Ricoeur, 2006 : 269). Au Canada, ces trois catégories sont fonction de la durée du séjour². L'immigrant permanent, c'est le migrant économique, le migrant issu d'un regroupement familial ou le réfugié parrainé. L'immigrant temporaire, c'est le visiteur, l'étudiant ou le travailleur temporaire : leur droit de séjour comporte une date d'expiration. Entre les deux se situe le « demandeur d'asile, qui souhaite le plus souvent en vain d'être recueilli chez nous » (Ricoeur, 2006 : 269). Arrêtons-nous sur cette définition.

Premièrement la notion d'immigration est assimilée à un changement d'espace, à la transcendance de frontières. Cette remise en question des limites d'une société, qui existent parce que l'autre tente de s'y introduire, révèle une identité ancrée sur son territoire. En effet, « la nation, entité culturelle à référence politique, apparaît comme une essence

² Définitions de la terminologie - <http://ccrweb.ca/sites/ccrweb.ca/files/static-files/glossaire.PDF>

permanente et quasi-naturelle » (Bernier, 1983 : 111). Nos sociétés occidentales ont tendance à rencontrer l'Autre dans une dynamique d'exclusion du Soi. L'importance que l'appartenance territoriale a prise dans nos mentalités entretient et renforce du même coup nos relations avec les sphères politique, économique, juridique, et sociale de notre société. « Le fantasme d'une intériorité territoriale » (Le Blanc, 2010 : 19) est pensé par le rapport à l'Autre, à l'étranger, à celui qui se situe en dehors de notre cadre de référence spatio-temporel, ennemi potentiel renforçant son existence et ses limites, la frontière devenant l'espace du hors-norme. Ainsi, l'appartenance à un État-nation se veut le « point de référence légitime définissant les appartenances identitaires et citoyennes [...], une conception territoriale et sédentaire de l'identité » (Fresia, 2007 : 104). Car dans notre imaginaire collectif d'occidental, pour être quelqu'un, il faut pouvoir s'identifier à un lieu, un chez soi, un territoire circonscrit, une zone de confort. Il faut adhérer aux valeurs qui régissent le vivre-ensemble, à cet endroit, se plier aux lois qui font l'ordre, se conformer à un modèle requis, au risque de ne plus y être admis.

Deuxièmement, il est fait référence à la notion de choix. Ces catégories universelles traduisent les caractéristiques des personnes en mouvement : les raisons de leur parcours, du départ à l'arrivée, la façon dont ils voyagent, la durée de leur séjour, et les bénéfices qu'ils apportent à la société d'accueil, les avantages et les inconvénients qu'ils représentent, leur potentiel d'intégration, et leur potentiel de désaffiliation. Par la suite des sous-catégories viennent affiner les statuts. En effet, l'immigration peut être économique, démographique, politique, religieuse, elle peut aussi être régulière ou irrégulière, elle est tantôt encouragée, tantôt tolérée ou rejetée, tantôt bénéfique et tantôt dénuée d'intérêt. Le rapport à la société d'accueil change à travers les catégories : du touriste curieux au demandeur d'asile suppliant, en passant par le travailleur étranger temporaire, l'éventail s'étire de l'immigrant pacifique à l'ennemi jusqu'à preuve du contraire. Ceux qui ont le choix de venir ont aussi le choix de repartir, alors que d'autres cherchent un refuge, pour la vie, une alternative à une vie invivable au sein de la nation d'origine (Le Blanc, 2010), une alternative à la mort. Ainsi, certains immigrants sont bienvenus alors que d'autres sont priés de ne pas franchir le seuil. En ce sens, le choix revient également aux pays de destination d'accueillir ou non les immigrants : « c'est parce que l'immigrant peut renvoyer à l'étranger comme au citoyen, à l'intérieur comme à l'extérieur, au religieux comme au

laïc, au travailleur comme au chômeur, c'est parce qu'il traverse les frontières identitaires qu'il permet aux liens sécuritaires d'exister » (Bigo, 1998 : 27). L'espace de la frontière isole ceux qui tentent de la pénétrer, dans le but d'évaluer le risque de l'accueil de cette déviance, la variation par rapport à la norme intérieure. C'est le sujet de la prochaine partie³.

Au bas de l'échelle de tragédie se situe donc l'asile, à part. Des « émigrés arrachés au chez-soi qui ne peuvent imaginer revenir aisément chez eux » (Le Blanc, 2010 : 59), et dont le potentiel de désorganisation sociale est d'autant plus grand qu'ils n'ont en tête que l'idée d'un aller sans retour, ou le lointain espoir de pouvoir remettre un jour les pieds chez eux. Le demandeur d'asile représente le summum de l'étrangeté, défiant un grand nombre de normes qui définiraient un humain sain. En comparaison aux autres types d'immigration, « ses racines ne sont ni les convenances personnelles, ni les contraintes naturelles, ni même la famine, ce sont des contraintes sociales. Les réfugiés fuient la violence de leurs semblables. Ce qui est en cause, c'est l'organisation des hommes en société, la politique au sens premier du terme » (Guillon *et al*, 2003 : 5). À travers sa personne, l'appartenance territoriale est remise en question puisque le réfugié tente de se dégager de l'emprise de la nation dont il ressort. Quant au choix d'immigrer, on parlera plutôt d'une obligation, qui non honorée risque de conduire l'individu à la mort. Tâchons d'examiner ces spécificités déviantes.

Tout d'abord, les demandeurs d'asile, puisqu'ils n'envisagent pas de retourner chez eux, du moins parce qu'ils n'ont pas de date butoir ni de certitude de le pouvoir, sont à l'origine de l'« apparition d'un nouveau sujet politique qui déstructure entièrement ce qui avait été pensé en termes de citoyenneté à partir de la notion d'individu » (Cuillerai et Abélès, 2002 : 22). On parle souvent d'un être déraciné, mais c'est davantage : il est a-territorialisé, ni là-bas, ni ici, il ne se situe nulle part, entre deux mondes, entre le dehors du pays qu'il fuit, et le dedans de celui auquel il postule. Demandeur d'asile est une identité de passage, une condition temporaire à durée pourtant indéterminée, à la frontière entre une identité

³ 1.1.2. Hospitalité et Sécurité au Canada

citoyenne et une identité réfugiée, pouvant basculer du jour au lendemain, du côté du même ou du côté du lointain. « Ni citoyen ni étranger, ni vraiment du côté du Même ni totalement du côté de l'Autre, l'« immigré » se situe en ce lieu « bâtard » dont parle aussi Platon, la frontière de l'être et du non-être social » (Bourdieu, in Sayad, 2006 : 13). Étranger pour ceux qu'il a quittés, étranger pour ceux qui hésitent à l'accueillir, car il remet en question les fondements même de leur société, par l'extrême autonomie qu'il s'accorde, et, le temps d'attendre une nouvelle place, par sa résidence à la frontière, espace global et apolitique : une vie nue dans un non-lieu, aux marges du monde, où que l'on soit.

À travers le monde, le nombre de réfugiés et de personnes déplacées ne cesse d'augmenter. Dans le rapport du Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) pour l'année 2014⁴, le nombre de personnes considérées comme déracinées est estimé à 59,5 millions, dont 13,9 nouveaux déplacés dans l'année. Ces chiffres battent des records depuis l'ère post-seconde guerre mondiale. Les statistiques comptabilisent 8,3 millions de déplacés supplémentaires par rapport à l'année précédente. 80% se sont déplacés à l'intérieur des frontières de leur pays. Sur les 20% qui se sont réfugiés à l'international, 86% des flux se sont dirigés vers les pays en développement (UNHCR, 2014). Les autres ont atterri en Occident.

La Convention de Genève Relative au Statut de Réfugié a été le premier texte international à définir les droits fondamentaux du réfugié, en 1951 : « toute personne (...) qui, par la suite d'évènement survenus avant le 1^{er} janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » (UNHCR, 2007 : 16). Si cette définition imposait des restrictions géographiques et temporelles, le Protocole de 1967 abolit ces discriminations et élargit la définition aux réfugiés du monde entier. Auprès des 142 pays qui ont ratifié la Convention de 1951 et le Protocole de 1967, chaque individu a donc le droit de réclamer l'immunité universelle que confère ce statut.

⁴ <http://unhcr.org/556725e69.html>

Dans cette définition internationale transparait la notion de territoire développée plus haut, mais également la notion de contrainte, ou l'entrave au choix. Les demandeurs d'asile se rejoignent dans la condition précaire qui les oblige à se déplacer, impliquant une perte : ils sont la figure du manque de territoire, de nation, de langue, de communauté, de famille, de sécurité. Uniques, par leur provenance, leurs histoires de vie, ils sont pourtant rassemblés dans cette catégorie dévalorisante, caractérisée par la relation d'appréhension entretenue réciproquement avec la société d'accueil. Ils sont la figure de l'être par définition vulnérable, considérant que « la vulnérabilité est toujours là où s'observe le manque vis à vis de la santé, du bien-être ou du « bien-vivre » » (Clément et Bolduc, 2004 : 61). La vulnérabilité requise pour postuler au statut de réfugié qui les protégera du renvoi doit devenir pour eux leur caractéristique première, au détriment de toutes les autres, car il leur sera demandé de la prouver, au risque de coller toujours à la figure de l'ennemi. Car « l'étrangeté ne qualifie pas l'étranger mais le migrant qui s'en va et laisse derrière lui tous les plis vitaux incorporés dans le passé : émigrer, c'est ne plus s'appartenir, voir un nouveau *soi* émerger dans les limites de l'ancien *soi*, et s'apparaître de ce fait comme un témoin précaire de soi-même » (Le Blanc, 2010 : 65). La conformation à une identité créée pour relocaliser ces individus devenus trop autonomes dans leur errance, sera développée plus avant⁵. Dans tout cela le choix ne leur appartient pas non plus quant à leur identité vulnérable, à laquelle il faut nécessairement adhérer pour se réclamer du statut de réfugié.

Cependant, la rencontre se fait dans une dynamique de transformation réciproque, et si l'exil modifie considérablement la perception du soi chez le réfugié, il menace également la perception du soi du groupe d'accueil. Ainsi l'on peut se demander qui, dans la rencontre, est réellement vulnérable ? Et qu'est-ce que la vulnérabilité ? Cette dernière question sera traitée juste à la suite dans l'agenda⁶. Attardons-nous pour l'heure sur la réaction du Canada, sur les négociations que le pays opère, en tant que signataire de la

⁵ 1.2.3 – Culture de la vulnérabilité

⁶ 1.1.3 – Ancrages pathologiques

Convention de 1951 et du Protocole de 1967 en date du 4 juin 1969⁷, entre l'hospitalité internationale et la sécurité locale auxquelles il s'est engagé.

1.1.2. HOSPITALITÉ ET SÉCURITÉ AU CANADA

« L'État doit gérer et administrer ceux qui font problème, ceux qui, en raison de leur surcroît de dépendance (charge financière pour l'État) ou de leur trop grande autonomie (source de perturbation sociale) ramènent les pouvoirs publics à des impératifs » - Saillant (2004 : 19).

La rencontre des immigrants et des membres des sociétés hôtes révèle de multiples paradoxes qui attestent de la complexité des situations, et de l'interaction des contraintes du micro-contexte au macrocontexte. « La mobilité, les déplacements choisis ou contraints de populations dans un espace transnational exposent la délimitation politique des territoires et de ceux qui les peuplent à des débordements et des transformations » (Cuillera et Abélès, 2002 : 13). L'intrusion est source potentielle de désordre, d'insécurité, et de désorganisation sociale. Car tout le monde ne se déplace pas de la même manière et pour les mêmes raisons. Et tout le monde ne s'installe pas aussi longtemps : temporaires et permanents. Ces catégories d'immigrants inscrivent le séjour dans le temps. Il y a ceux qui peuvent rester tant qu'ils veulent : les individus issus d'un regroupement familial, les immigrants économiques et les réfugiés. Il y a ceux qui ont un droit de séjour, et à priori un billet de retour : ce sont les travailleurs et étudiants étrangers. Et puis il y a les demandeurs d'asile, catégorie à l'honneur ici. En attendant la décision de l'audience qui viendra mettre un terme à cette identité bancale, ils ont un droit de séjour ambigu. Afin de pallier aux potentiels dangers de l'intrusion, différentes techniques de sécurité ont été mises en place. Il est temps de poser le contexte historique et géopolitique permettant de comprendre l'évolution de l'interprétation des textes internationaux auxquels adhère le

⁷ http://www.unhcr.ch/fileadmin/unhcr_data/Protocole-de-new-york-1967.pdf

Canada, afin de circonscrire les politiques d'immigration spécifiques aux demandeurs d'asile.

Michel Foucault (2004b) distingue plusieurs formes de contrôle de la sécurité. Le premier se présente sous la forme de mécanismes juridiques. Les instances internationales s'inscrivant comme un nouvel acteur dans la hiérarchie globale, les gouvernements ont été amenés à renégocier leur souveraineté (Crépeau *et al.*, 2007), afin de concilier respect des obligations internationales et protection de la nation. « Le choix souverain des États quant à la composition de sa population, donc à l'accès à son territoire, interfère ici avec un droit issu d'une autre source que le souhait libre et spontané de résider ailleurs, à savoir le droit à la protection des populations persécutées, à quoi correspond un devoir d'asile du côté des pays d'accueil » (Ricoeur, 2006 : 272).

Le Canada adhère à un certain nombre de traités internationaux régissant les droits des demandeurs d'asile et collabore avec le Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies. Ces textes globaux influencent fortement le droit au niveau local, en particulier dans la compréhension de la Loi sur l'Immigration et la Protection des Réfugiés (LIPR) du Canada, qui elle-même incorpore la définition du réfugié établie par la Convention de 1951 (Crépeau *et al.*, 2007). Et si le droit canadien, à l'image des traités internationaux, condamne la discrimination des êtres humains, « the current immigration context, which is characterized by an emphasis on security and a narrower reading on the rights and interests of non-citizens, has a negative impact on the implementation of standards that Canadian law contains for foreigners in general and asylum seekers in particular » (Crépeau *et al.*, 2007 : 315), associant dangereusement immigration et criminalité. Par exemple, avec les attentats du 11 septembre 2001, le contexte sécuritaire des États-Unis a évolué vers un jeu d'ajustement par la mise en place de politiques de dissuasion, un discours muet avec l'ennemi (Ceyhan, 2001). La pratique du profilage est une innovation répondant à un besoin accru de veiller à la sécurité des citoyens, l'outil d'une approche de « neutralisation stratégique » (Dupuis-Déri, 2014) de la figure du terroriste, permettant d'évaluer le potentiel de dangerosité des étrangers, de démasquer les personnes à risque, en fonction de caractéristiques raciales, sociales et politiques. Progressivement s'est opéré un glissement

d'un potentiel à une assimilation de l'immigrant à cette figure du terroriste. Ultimement, l'intrus qui demande le refuge devient un ennemi jusqu'à preuve du contraire, un terroriste à démasquer, et cette peur inconditionnelle de l'autre le plonge à son tour dans une plus grande vulnérabilité. Mais les textes de lois internationaux sont sujets à interprétation, et les États récepteurs ont une marge de manœuvre plus ou moins grande qui leur permet encore de filtrer les entrées et sorties de leur territoire, et d'assurer ainsi la sécurité politique, économique et sanitaire de ses citoyens : « par le biais de l'interprétation des textes, les États ont donc conservé leur souveraineté sur l'immigration politique » (Guillon *et al.*, 2003 : 7).

Pour faire respecter les mécanismes légaux sont mis en place des mécanismes disciplinaires, second moyen de contrôle de la sécurité : « toute une série de techniques adjacentes, policières, médicales, psychologiques, qui relèvent de la surveillance, du diagnostic, de la transformation éventuelle des individus » (Foucault, 2004b : 7), qui seront développés ultérieurement⁸. Ces mécanismes sont complémentaires, mais également sujets à changement, selon la conjoncture mondiale et le contexte local. Alors que le nombre d'immigrants temporaires ne cesse d'augmenter, les cas d'ordre humanitaire ont diminué considérablement au cours des dernières années, leur poids relatif passant de 26,2% en 2008 à 4,1% en 2013 (Gouvernement du Québec, 2014 : 6). Mais la chute la plus flagrante se situe dans la comparaison des années 2012-2013. Si le Canada a accueilli 20 469 demandeurs d'asile en 2012, dont 4 729 au Québec, seulement 10 350 ont franchi ses frontières en 2013, dont 2 332 au Québec⁹. La diminution de moitié des demandes d'asile entre l'année 2012 et l'année 2013 est à replacer dans le contexte politique suivant.

Le 28 juin 2012, la *Loi visant à protéger le système d'immigration du Canada*, loi C-31, est venue réformer le système d'octroi de l'asile, dans le but de lutter contre les arrivées clandestines, incluant la présentation de données biométriques dans les demandes de visa, conséquences directes de la lutte contre le terrorisme. Entrée en vigueur le 15 décembre 2012, « l'un des éléments clés de la réforme du système de protection des réfugiés est l'accélération du processus des renvois. Plus une personne reste longtemps au Canada, plus

⁸ 1.2.2. – Classification dysfonctionnelle.

⁹ <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2013/temporaires/10-1.asp>

il est difficile de la renvoyer. Si les décisions sont rendues plus rapidement, les auteurs des demandes d'asile non fondées passeront moins de temps au Canada avant leur renvoi. Des renvois rapides réduiront les coûts et préviendront les abus » (Gouvernement du Canada, 2012). La diminution du nombre de demandes d'asile est peut-être due au caractère dissuasif des nouvelles politiques, ainsi qu'à la rapidité des renvois, les prétendants inadmissibles n'attendant pas plusieurs années avant d'être renvoyés, mais nous ne pouvons pas nous avancer sur ce sujet, aucune étude établissant une corrélation n'appuyant cette thèse. De plus, l'accélération du processus d'examen de la demande d'asile répond aux études dénonçant le traumatisme de l'attente face à l'incertitude du statut (Lacroix, 2003), et permet ainsi à un grand nombre de requérants au statut de réfugié d'accéder rapidement à une identité stable¹⁰. En contrepartie, les demandeurs d'asile ont moins de temps pour réunir leurs preuves et cette réduction est une source de stress supplémentaire¹¹.

Finalement, le troisième dispositif comporte les mécanismes de sécurité, jonglant entre le rapport au risque et les probabilités, afin de régulariser la population. « L'espace propre à la sécurité renvoie donc à une série d'événements possibles, il renvoie au temporel et à l'aléatoire, un temporel et un aléatoire qu'il va falloir inscrire dans un espace donné » (Foucault, 2004b : 8). La manière de trouver un espace pour négocier ou concilier les obligations internationales et les besoins locaux a été d'ouvrir l'espace virtuel de la frontière en un lieu habitable. En effet, « ces nouvelles populations réveillent des peurs coloniales face à l'altérité ethnique [...]. La peur de la perte de la cohésion sociale conduit les politiques à négocier de nouveaux modèles de gestion de cette diversité perçue » (Cognet, 2007 : 50), comme de nouveaux défis aux sociétés occidentales vers lesquelles ces flux sont majoritairement orientés, et les intérêts se déplacent. Or avec la mondialisation, les pays développés sont confrontés à un paradoxe fondamental : le vieillissement de la population et la demande de main d'œuvre appellent les immigrants, tandis que s'opèrent des changements culturels liés à la rencontre (Simmons, 2002). L'ouverture des frontières à l'immigration vise donc à servir des intérêts économiques, qui sont de plus en plus soutenus par des préoccupations d'intégration à la société d'accueil (Le Blanc, 2010). Si des immigrants qui s'adaptent rapidement peuvent être bénéfiques

¹⁰ 1.2.1. – Suspension temporelle.

¹¹ 1.2.3. – Culture de la vulnérabilité.

pour la société d'accueil, d'autres peuvent être source de désorganisation sociale, et c'est dans cette nuance que réside l'ambiguïté de l'ouverture/fermeture des frontières, et les enjeux de sécurité. « Les politiques migratoires deviennent de plus en plus sélectives, ne permettant qu'aux détenteurs de capitaux, qu'ils soient financiers ou humains, de circuler librement dans le monde » (Piché, 2005 : 24). Les demandeurs d'asile, par leur détachement territorial, et par l'image de personnes alors vulnérables qui leur est rattachée, remettent en question ces principes de participation sociale, laissant planer le doute d'une possible intégration. Ils viennent renforcer la tension entre le global et le local, par leur immunité universelle et l'inintérêt que les sociétés hôtes ont à les accueillir, victimes potentiellement dangereuses perçues comme un fardeau social plutôt que comme un cadeau (Cuillerai et Abélès, 2002 ; Crépeau *et al.*, 2007). Leur personne se situe dans un espace charnière de négociation des États hôtes entre leur désir d'hospitalité dicté par l'adhésion aux conventions internationales, et leur engagement de protéger leurs citoyens. Et cet espace est la frontière, hétérotopie, non-lieu qui enferme, isole dehors, en attendant. Ainsi les demandeurs d'asile sont à la fois situés dans des lieux marginaux de la société d'accueil, mais également engagés au sein de lieux officiels, et leur éventuelle régularisation leur ouvrira la porte.

Au sujet des demandeurs d'asile, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) s'adresse à sa population locale, affirmant sa responsabilité de protecteur : « en identifiant les personnes qui ont besoin de la protection du Canada, nous devons tenir compte de la responsabilité que nous avons d'aider les personnes qui ont vraiment besoin d'être secourues tout en protégeant le système des individus qui tentent d'en abuser. Nous devons aussi prendre en considération la santé et la sécurité des Canadiens » (Gouvernement du Canada, 2015). Par cette définition le gouvernement canadien met en opposition sa population nationale et les individus qui ont besoin de protection. Il appuie sur le fait que secourir ces derniers ne se fera pas au détriment de la sécurité des premiers, amalgamant du même coup demandeurs d'asile et insécurité, laissant entendre que certains sont des criminels, réitérant cette association perverse. Les demandeurs d'asile ont néanmoins un droit international de séjour tout au long des procédures de détermination du statut de

réfugié, selon le principe de non-refoulement (UNHCR, 2007). “The assessment of a risk to the security of the persons means an assessment of the threat to any of the three rights guaranteed to refugees – that is, the right to status determination, the right to appeal a removal or deportation order, and the right to protection against refoulement (expulsion of persons who have a right to be recognized as refugees)” (Crépeau *et al.*, 2007 : 314). Cela leur procure le double potentiel d’un droit de séjour temporaire comme d’un droit de séjour permanent. Le potentiel sera statué, le jour de l’audience. Soumis à une vérification sécuritaire sur de potentielles activités criminelles, le demandeur d’asile se trouve dans la tourmente des procédures sécuritaires, alors que lui-même requiert protection. Coupable. Victime aussi.

1.1.3. ANCRAGES PATHOLOGIQUES

« Les grilles de l’asile séparent, elles démarquent : au-dehors le normal, à l’intérieur le pathologique » - Gentis (1970 : 16).

Victime de la persécution qu’il prétend subir. Coupable de l’intrusion potentiellement dangereuse qu’il engendre. La vulnérabilité est une zone intermédiaire entre la sécurité et l’insécurité, dans le « continuum allant de l’intégration à l’exclusion » (Cohen, 1997 : 2). Et inversement. Victime et coupable de la vulnérabilité qu’il charrie. A la fois à protéger, et duquel se protéger jusqu’à la levée du soupçon. Le premier accueil que l’on réserve aux requérants au statut de réfugié est une « mise en attente à l’écart de la société [...] hors des lieux et hors des temporalités du monde commun, ordinaire et prévisible » (Agier, 2002 : 76). Hors des lieux à la frontière du monde, un pied dans la société d’accueil, l’autre pied suivant à condition de l’obtention du statut, faute de quoi un retour en arrière s’imposera. Hors du temps par l’indéfinition de la date d’entrée, ou de sortie. Quarantaine et prison, métaphoriques et virtuelles. Prisonniers d’une identité marginalisée. Le temps d’attendre un jugement. « Peu importe que les « maladies mentales » soient fort diverses [...] ce qui compte, ce qui désigne, c’est le passage de la

ligne, c'est d'avoir une fois franchi la frontière qui sépare le « dedans » du « dehors », le monde des normaux de celui des cinglés » (Gentis, 1970 : 28). Une fois franchi ce seuil, l'association est irréversible. L'identité par défaut des demandeurs d'asile illustre le manque, l'absence de caractéristiques présentes chez les autres « normaux ». Absence de lien national. Absence de sécurité. Absence parfois de santé. « “Normalization” can lead to the mistaken assumption that what is statistically “abnormal” is pathological, or that no pathology lies in what is statistically “normal” » (Lock et Nguyen, 2010 : 44). Le manque engendre la vulnérabilité. Et la vulnérabilité se transforme en pathologie. On passe d'un potentiel à un fait. Identifiés à une pathologie. Ils sont caractérisés par les manifestations de cette déviance particulière. Restent à démontrer les symptômes, pour être diagnostiquée comme une personne effectivement réfugiée.

« Un homme qui s'insère toujours dans des normes et pratiques constitutives de l'être-ensemble, déjà là et donc non disponibles à volonté ni directement instrumentalisables par la subjectivité, tout simplement parce qu'elles en sont les conditions d'existence » (Vibert, 2004 : 55), dispose d'un cadre de référence qui le reconnaît et l'accepte en son sein. Les déviants, étrangers et autres hors-normes ont une place à part, dépendamment du rapport de la société à la différence : « le sens donné à une différence corporelle esthétique, comportementale ou fonctionnelle, construit et reproduit par la matrice normative culturelle légitimait le destin, les pouvoirs néfastes ou salutaires, les rôles inégalitaires dans la communauté » (Gaucher & Fougeyrollas, 2004 : 130). Par exemple, l'étiquette handicapés, qui illustre les propos des chercheurs, représente les personnes vulnérables car amputées d'une fonction motrice, intellectuelle ou sociale, en même temps qu'elle vulnérabilise ces personnes réunies dans l'exclusion justifiée par leur différence et leur non-opérationnalité dans la société, l'improductivité comme conséquence de leur défaut d'autonomie. Car on valorise l'être humain par la force de travail qu'il représente, on périodise sa vie en fonction de sa rentabilité, on met le sujet au centre de son projet de vie, on l'intègre en fonction de sa participation sociale. Avec les évolutions économiques et notamment la réorganisation du travail, la spécialisation de plus en plus pointue des tâches, présuppose davantage d'autonomie de l'individu, et vient ainsi s'inscrire dans une idéologie plus large d'un individu autonome et responsable de sa personne. Les demandeurs d'asile sont handicapés de ne plus être rattaché à aucune nation, de ne pas

disposer du cadre culturel d'interaction dans la société où ils ne sont de toute façon qu'en attente.

Toutefois, ce trait de caractère, la vulnérabilité, est une construction sociale, une représentation que la société d'accueil se fait des requérants au statut de réfugié : parce qu'ils ont quitté leur pays, mais aussi parce qu'ils sont en terre inconnue avec un statut précaire. Leur différence, engendrée par leur non-appartenance nationale et territoriale, glisse vers une vulnérabilité supposée, qui est une interprétation que la société d'accueil se fait de la situation dans laquelle sont ces êtres humains. Pourtant pour certains, le fait même d'avoir réussi à fuir représente déjà un énorme soulagement. Néanmoins, une identité se façonne toujours dans un cadre référentiel d'interaction, par l'image que les autres renvoient. Ainsi l'on peut se demander quelles sont les conditions d'existence d'un anormal déraciné, vulnérable aux yeux de ceux chez qui il aimerait habiter. « Citizenship, when narrowly defined in strictly nationalist terms, produces a multi-tiered human-rights regime in which state power (Foucault, 1978) promotes the health of some rights-bearing citizens while reducing illegal bodies to the status of “bare life” (Agamben, 1998) » (Quesada *et al.*, 2011 : 347). À travers la personne du demandeur d'asile se dessine une opposition avec la population de citoyens. Cette différence, et cette normalisation de leur personne, c'est leur vulnérabilité, à laquelle on demande d'apporter des preuves, et qui permettra éventuellement un rapprochement avec la société d'accueil, une acceptation en son sein.

Ainsi les parcours de vie sont ancrés dans des sphères de pouvoir du global au local. « Much academic attention has also been paid to the institutional processes through which refugee identity is structured and normalized, and to the power relations, discourses and ideologies shaping the experience of refugees worldwide [...]. Some of this scholarship points to the political construction of ‘refugee identity’, which is framed by international institutions within a discourse emphasizing the victimhood, suffering, and pathology of refugees, and is itself related to the Western discourse on right and charity” (Rousseau *et al.*, 2002 : 50). Le réfugié est protégé par une série de traités internationaux, dont

s'inspirent les États d'accueil pour élaborer leurs propres politiques vis-à-vis de ces immigrants particuliers. « Le réfugié doit être considéré [comme] un concept limite qui met radicalement en cause les catégories fondamentales de l'État-nation, depuis le lien naissance-nation jusqu'au rapport homme-citoyen, permettant ainsi de débayer le terrain pour un renouvellement des catégories qu'il est désormais devenu urgent de penser en vue d'une politique où la vie nue ne serait plus séparée et exceptée au sein de l'ordre étatique, même à travers la figure des droits de l'homme » (Agamben, 1997 : 145). Ainsi exhibé dans sa vulnérabilité pré-requise, le demandeur d'asile est l'image du hors-norme poussé à son extrême, puisqu'un citoyen normal dans l'imaginaire occidental se réclame de l'appartenance à une nation, puisqu'un citoyen normal est sous la protection de sa nation d'appartenance, et non pas de celle d'un autre. Concept limite, donc, car en véhiculant, à travers sa personne l'idée d'une situation inconcevable, les gouvernements réitèrent, auprès des membres de la société d'accueil, leur adhésion aux valeurs nationales. En opposition, le trait normal de cet autre, de cet étranger tragique, est donc un trait qui lui est propre, et que les membres de la société d'accueil ne partagent pas. Le trait normal du demandeur d'asile, c'est sa vulnérabilité, et dès lors qu'on postule à cette identité, il faut l'incarner.

Le groupe des demandeurs d'asile est donc un ensemble d'individus isolés mais rassemblés par une même situation et par une même étiquette aux yeux de la société d'accueil : « les groupes vulnérables sont ceux chez qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité sont compromis, menacés ou violés » (Clément et Bolduc, 2004 : 70). Les politiques d'immigration ont créé un Autre vulnérable, lui réattribuant des ancrages pathologiques, vulnérabilité normale de ce groupe, en cet espace identitaire qu'est la frontière. "In medical anthropology, the term has been used to highlight disparities and to identify socially structured patterns of distress and disease across population groups, from mental health, occupational health, and interpersonal/domestic violence, to infant mortality, substance abuse, and infectious disease" (Quesada *et al.*, 2011 : 341). Lawrence Langer (1997) rappelle pourtant qu'il est dangereux de supposer par défaut, d'imaginer sans écouter une souffrance sociale qui, individualisée, est plus difficile à enrayer et que ce qui est normal pour les uns ne l'est pas nécessairement pour les autres. Louise Blais

souligne l'importance de laisser la place aux significations multiples de la souffrance : « la mutation de phénomènes humains et sociaux en pathologies qui seront prises en charge par un dispositif professionnel illustre comment se concrétise la perte du contexte, toujours social, qui organise la vie au quotidien et le rapport à soi et à autrui » (2004 : 111). Dans cette imposition de vulnérabilité indispensable pour faire partie du groupe reconnu des demandeurs d'asile, la pathologisation de ce potentiel social risque d'enfermer les individus dans un rapport à lui-même qui ne lui appartient pas, terreau alors effectivement fertile pour l'émergence d'une pathologie latente.

La frontière est donc un filtre de la déviance, ce lieu de jugement de sa contagion, qui se situe à plusieurs endroits à la fois. La frontière est hors du monde, virtuellement, et pourtant bien dedans. Elle circonscrit, physiquement, des territoires identitaires les uns des autres. Elle est pénétrable, sous certaines conditions qui varient en fonction de qui l'on est, et d'où l'on va. Elle protège, par sa fonction de contrôle des entrées et sorties ceux qui vivent à l'intérieur de ses limites, elle isole également ceux qui vivent sur cette limite, telle une quarantaine qui permettrait d'évaluer les risques de l'intrusion.

1.2. ÉVALUATION DES RISQUES

« La vulnérabilité ne se définit qu'en présence de risque » - Clément et Bolduc (2004 : 69).

Une fois arrivés en terre d'accueil, les exilés doivent passer à travers tout un processus d'examen de la demande, en plusieurs étapes, le tout visant à arrêter les « faux réfugiés », et éviter tout danger pour la sécurité publique de la société d'accueil. Les critères de sélection des demandeurs d'asile diffèrent de ceux auxquels sont soumises toutes les autres catégories d'immigration. En effet, l'État a l'obligation de les accepter pourvu qu'ils rencontrent la définition légale du demandeur d'asile. Par exemple, pour

toutes les autres catégories d'immigration la santé est un des critères d'admissibilité, les demandeurs d'asile sont une exception, puisqu'ils sont des personnes vulnérables, à protéger.

Les demandeurs d'asile « proviennent principalement de pays à prévalence élevée de pathologies tropicales, et ont souvent été exposés à des traumatismes et autres épreuves : on s'attend donc à une prévalence élevée de certaines pathologies, en particulier les maladies infectieuses et psychiatriques » (Ouimet *et al.*, 2008 : 499). Il s'agit là d'une vulnérabilité pré-migratoire, qui se déplace en même temps que l'exilé, et peut prendre différentes formes à l'arrivée, notamment se dévoiler sous forme de symptômes de stress post-traumatique (Young, 1997).

Pourtant, si les conditions pré-migratoires sont des facteurs de risque de développement de troubles de santé, les conditions post-migratoires peuvent contribuer à perpétuer certains traumatismes, voire à en créer de nouveaux. En effet, des conditions de vie post-migratoires difficiles peuvent contribuer à l'émergence éventuelle de ces troubles post-traumatiques. « Broader ecological-social factors interact with personal exposure to PTEs [potentially traumatic events] in shaping mental health » (Steel *et al.*, 2009: 547). Néanmoins, cette implication indirecte de la société d'accueil incriminant l'accueil qu'elle leur réserve, est trop souvent laissée de côté, portant « l'idée que les problèmes de santé des immigrants sont surtout importés et non pas développés post-migration [...] on renforce la stigmatisation par la digression inévitable de « catégorie à risque » qui disqualifie l'immigré dans les représentations des non-immigrés » (Cognet, 2004 : 161). À l'inverse, des conditions post-migratoires positives (obtention rapide d'un statut stable, accès à un emploi et à des services) favorisent la résilience (Cleveland *et al.*, 2014 ; Porter et Haslam, 2005). Il est important de comprendre « comment conspirent les vulnérabilités qui se chevauchent chez les non-assurés » (Caulford et D'Andrade, 2012 : E363), c'est-à-dire comment traumatismes pré-migratoires, procédures, logement, travail, précarité et identité post-migratoire sont imbriqués dans une dynamique vicieuse.

La trajectoire migratoire peut être découpée en trois phases : « premigration, migration and postmigration resettlement. Each phase is associated with specific risks and exposures » (Kirmayer *et al.*, 2011 : E959). Et si le passé est composé de persécutions, tortures, douleurs innommables, la migration et le processus d'installation comportent autant de facteurs de vulnérabilité potentielle. Par exemple, la phase post-migratoire comporte plusieurs enjeux : les critères de conformation à la figure de demandeur d'asile sont tellement stricts que parfois la personne doit modifier son récit pour le normaliser ; la situation économique dans le pays d'accueil et souvent une précarité financière liée à la difficulté de trouver un emploi engendrent parfois de l'itinérance ; la perte des liens sociaux plonge les individus dans une grande solitude (Berchet et Jusot, 2009). Ainsi, coincé dans l'attente de son audience, le demandeur d'asile est au carrefour d'une réunion des trois phases à la fois, une réunion de preuves de traumatismes pré-migratoires, qui remuant le passé peut faire surgir des stress post-traumatiques, mais également un enfoncement dans une précarité créatrice à son tour de traumatismes.

1.2.1. SUSPENSION TEMPORELLE

« Violamment arrachés de leur terreau natal, hommes, femmes et enfants, initialement structurés par une culture et une identité collective d'origine, sont désormais l'objet d'une nouvelle expérience traumatique d'exil, emportant leur mémoire comme unique vestige de l'héritage culturel et historique qui leur est laissé » - Grinberg (1986 : 38).

Une fois franchi le pas de la frontière commence un long et fastidieux cheminement à travers un processus institutionnel strict, de justification de la demande, et de livraison de preuves irréfutables de sa propre personne. « Il faut donc que l'État d'accueil se donne le moyen de vérifier que la personne qui se présente comme réfugiée présente bien les caractéristiques prévues à la définition internationale » (Ricoeur, 2006 : 274). Pour cela, le demandeur d'asile doit passer à travers tout un processus d'évaluation de sa demande. Il

est important de comprendre le fonctionnement du système politique et de ses réformes, notamment la réforme clé du 28 juin 2012. Les lignes qui suivent passent à travers les étapes du processus de demande d'asile. Cela permettra d'analyser les conséquences de telles réformes.

Dans un premier temps, le voyageur se présente à l'un des points d'entrée du Canada, ou dans un bureau intérieur, et informe un agent d'immigration qu'il désire demander le statut de réfugié. Cette vérification de la recevabilité de la demande, qui est aussi souvent la première interaction avec un membre de la société d'accueil est souvent perçue comme stressante : « Some were exhausted or suffering from health problems. Many were very nervous. They described how the words and actions of the officers either heightened their fears or helped them to relax » (CCR, 2010 : 2). L'accueil que l'officier réserve à l'étranger influence le bien-être de ce dernier, et la confiance quant à la suite de son parcours.

Suite à cette première étape, plus de 98% des demandeurs d'asile sont déférés à la Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié (CISR), tribunal administratif indépendant ayant le pouvoir de décision quant aux personnes à accueillir et protéger. Le demandeur d'asile doit rapidement compléter le formulaire de Fondements de la Demande d'Asile (FDA) dans lequel sont posées des questions personnelles. Par exemple, dans la section « pourquoi vous demandez l'asile » :

- « Avez-vous, vous ou votre famille, déjà subi un préjudice, de mauvais traitements ou des menaces dans le passé de la part d'une personne ou d'un groupe ? »
- « Si vous retourniez dans votre pays, croyez-vous que vous subiriez un préjudice, de mauvais traitements ou des menaces de la part d'une personne ou d'un groupe ? »
- « Avez-vous demandé aux autorités, comme la police, ou à une autre organisation dans votre pays de vous protéger ou de vous aider ? »
- « Avez-vous déménagé dans une autre partie de votre pays pour y chercher refuge ? ».

- « Quand avez-vous quitté votre pays ? Pourquoi pas plus tôt ou plus tard ? »

Pour chaque réponse il est demandé d'argumenter, si oui comme si non, les raisons, et de fournir une description chronologique la plus exhaustive possible.

Ensuite, les demandeurs d'asile sont convoqués à une audience, menée par un commissaire de la Section de la Protection des Réfugiés (SPR) de la CISR. Alors qu'avant la réforme, le temps d'attente pouvait être de plusieurs années, après 2012, il a été réduit à 2 mois. Selon le gouvernement, « ces modifications permettront d'offrir une protection plus rapidement aux personnes qui en ont réellement besoin, notamment en réduisant le temps nécessaire pour examiner et traiter une demande d'asile. Par ailleurs, les personnes qui n'ont pas besoin de protection seront renvoyées plus rapidement » (Gouvernement du Canada, 2012). Le demandeur d'asile sera appelé à raconter en détails les événements à l'origine de sa demande, démontrer qu'il est en danger s'il retourne dans son pays, donc vulnérable. L'objectif de l'audience est de déterminer si l'individu rencontre la définition internationale du réfugié. Il pourra notamment être interrogé sur toute contradiction avec des déclarations antérieures, dont celles contenues dans le FDA. Ces questions sont vécues comme indiscretes et réductrices par les demandeurs d'asile, qui témoignent d'un malaise lié à des problèmes de communication, de mauvaises interprétations, des erreurs ou des omissions dans les notes, des commentaires inappropriés, des accusations de mensonge.

Alors que naît un discours sur les réfugiés menteurs au Canada, se développe un savoir expert basé sur des jeux de langage pour déceler la véracité ou le mensonge dans les récits de vie des demandeurs d'asile (Rousseau et Foxen, 2006 ; D'Halluin, 2004). Les stratégies déployées par certains commissaires de la CISR pour démasquer les menteurs visent à déstabiliser le demandeur d'asile, à qui l'on demande de se mettre à nu en allant chercher les détails les plus personnels de son vécu traumatique, à qui l'on tend des pièges en jouant avec les émotions, tantôt simulées, tantôt réelles. Le mensonge se glisse alors dans chaque regard, dans chaque mot prononcé, dans chaque geste, repris et interprétés comme potentielles déformations de la vérité, insultes intégrées personnellement, qui insécurisent et compromettent la rencontre, basée sur un soupçon de trahison. « L'idée de

mensonge incarne l'opinion que ces distorsions de l'histoire sont intentionnelles et introduit implicitement une dimension morale évoquant la tromperie et la confiance impossible » (Rousseau et Foxen, 2006 : 509), reproduisant ainsi la méfiance populaire envers les demandeurs d'asile. Pourtant, nous relèverons deux raisons qui peuvent expliquer les détournements d'un récit traumatique.

Premièrement, les omissions, les contradictions, les problèmes d'enchaînement chronologiques, peuvent être des manifestations inconscientes du traumatisme, des défauts de mémoire, en résumé des preuves de la vulnérabilité qui affectent d'une part leur capacité à témoigner, d'autre part le contenu de leurs témoignages (Cleveland, 2008 ; Ricoeur, 2000 ; Rousseau *et al.*, 2002 ; Young, 1997). Les écueils du récit transmis auront plus de crédibilité avec l'appui d'un rapport médical, consultation facultative qui pourtant donne du poids à un témoignage teinté de démonstrations de blessures, par ailleurs sujettes à interprétations erronées et nuisibles. « Les attestations insistent sur la difficulté que le patient rencontre pour exprimer son expérience verbalement, posant un sens sur les silences ou les incohérences du récit là où les institutions seraient tentées d'y voir le signe d'une manipulation » (D'Halluin, 2006 : 530).

Deuxièmement, si les histoires de vie sont multiples, la définition internationale n'admet qu'une figure de cas et le demandeur d'asile a parfois intérêt à modifier son récit pour entrer dans le moule (D'Halluin, 2004). Le critère indispensable est de produire un récit qui fonctionne, et « la vérité stricte ne semble pas toujours recommandable, de sorte que même des revendicateurs de statut de réfugié dotés de raisons parfaitement valables pour être admis au Canada auront recours à des histoires fausses fabriquées de toutes pièces » (Meintel, 1998 : 58).

Pour les politiques d'immigration, la construction du mythe du réfugié menteur est une stratégie justifiant la restriction quant à l'accueil des immigrants irréguliers, dans les comptes à rendre au niveau international. De l'autre côté, le mensonge supposé des requérants au statut de réfugié est interprété comme un outil dans la quête de reconnaissance, pour se conformer à l'image que l'on veut recevoir d'eux, pour être des demandeurs d'asile normaux et avoir une chance de franchir les frontières vers la sécurité. « Le mensonge est alors simultanément outil de reprise du pouvoir des réfugiés face aux

barrières migratoires croissantes mises en place par les pays plus développés et instrument de maintien du pouvoir de ces mêmes pays sur leurs frontières » (Rousseau et Foxen, 2006 : 507). Il permet aux uns comme aux autres de retrouver un semblant d'autonomie tout en cherchant à protéger sa vie.

Au croisement des intérêts, les commissaires peuvent parfois rencontrer des difficultés à statuer sur la conformité ou la déviance de l'individu qu'ils interrogent : « la mise en cohérence et l'explicitation deviennent particulièrement difficiles quand la personne est psychologiquement incapable de verbaliser son expérience, qu'elle ne désire pas parler de son histoire pour des raisons morales, politiques ou religieuses, ou qu'elle a emprunté ou imaginé certains faits » (D'Halluin, 2004 :32). Afin d'appuyer sa demande, le demandeur d'asile aura également l'occasion d'apporter des documents complémentaires à son audience. Parfois, l'aide d'un professionnel de la santé est utile, car sa légitimité scientifique peut influencer favorablement la décision (Asgary et Smith, 2013).

1.2.2. CLASSIFICATION DYSFONCTIONNELLE

« Accueillir l'étranger demande avant tout d'éprouver son intrusion. C'est pourquoi il faut du temps et de l'espace : le temps pour comprendre que « je » dois laisser prise sur son corps ; l'espace pour accepter l'intrus et le transformer en quelque chose de « propre » » - Marzano (2005 : 59).

Cette intrusion étrangère engage un dispositif de sécurité visant à protéger les membres de potentiels imposteurs. Ainsi agents d'immigration, commissaires, juges, mais aussi professionnels de la santé, sont conviés à écouter des histoires de vies justifiant la rencontre, appelant l'hospitalité. À travers l'examen médical facultatif, parfois effectué par certains pour appuyer leur témoignage, les professionnels de la santé contribuent à valider

ou démentir l'authenticité de la demande. L'autorité scientifique dont sont porteurs les professionnels de la santé les place dans la position de médiateurs, entre les demandeurs d'asile aux histoires parfois si traumatisantes qu'ils ne sont pas en mesure de les transmettre de manière crédible, et les commissaires démunis face à un devoir d'interprétation objectif (Rousseau *et al.*, 2002 ; D'Halluin, 2006). Ultimement, leur mandat est de rédiger un rapport médical attestant notamment des conséquences de traumatismes, qui sera par la suite utilisé par le système juridique en vue de décerner ou non le statut de réfugié au client convoqué à l'audience. « This situation puts the health professional in a difficult position of having to choose between protecting and advocating for a human being with many medical and psychosocial problems irrespective of their cause or the merit of their case, and being an expert witness who prioritizes the needs of the judiciary system » (Asgary et Smith, 2013 : 4). Toutefois, la justice a toujours le dernier mot pour statuer de la vulnérabilité du requérant et notamment si celle-ci entrave ses facultés à témoigner, bien que le rapport médical devrait suffire comme preuve (Cleveland, 2008). Le médecin représente pourtant aux yeux des patients la figure du pouvoir de décision, et par son diagnostic peut, si ce n'est trancher, du moins faire pencher la balance vers le oui ou vers le non. « Ainsi cette écriture et son efficacité sont insérées dans des rapports de force mettant en jeu la validité du discours du patient comme demandeur d'asile, la position sociale du médecin, la politique de l'immigration et la décision d'une administration opaque et parfois ressentie comme abusive » (Mestre, 2006 : 537).

De plus, face à ces représentations stigmatisantes, les soignants qui rédigent les rapports médicaux sont souvent les premiers et les seuls professionnels de la santé que les demandeurs d'asile rencontrent. En effet, les préjugés quant aux consultations médicales sont souvent des barrières à l'accès aux soins de santé. Les intervenants en santé mobilisés pour rédiger des rapports médicaux sont donc aux premières loges pour répondre aux troubles physiques et mentaux de stress post-traumatiques mais également aux conséquences d'une installation et intégration semée d'embûches, et pourquoi pas pour tenter de lever les préjugés que les futurs réfugiés ont du système médical et qui en entravent leur fréquentation.

En effet, le rapprochement perçu entre les domaines juridique et médical est imbriqué dans cette dynamique, et les études montrent que la peur, celle d'être déporté, celle de devoir payer une somme qu'ils n'ont pas, les retient parfois d'aller chercher des soins de santé (Asgary et Smith, 2013), même s'ils en ont besoin. Il existe donc une certaine méfiance envers le système médical. « Many of the individuals appearing before the IRB experience some degree of vulnerability and have difficulty going through the process for reasons such as language and cultural barriers, previous traumatic experiences, or the profound impact that the IRB decision may have on the person's life » (Cleveland, 2008 : 120). En effet, raconter des événements douloureux, tout en ayant l'impression de jouer sa vie lors du témoignage, peut d'une part créer des interférences et des incohérences dans l'histoire de vie, d'autre part raviver des plaies, re-traumatiser l'individu. Et les difficultés d'intégration dans la société d'accueil sont des facteurs qui s'ajoutent aux problématiques du passé et peuvent demander également des interventions médicales. Pourtant, « asylum seekers face multiple barriers to health access » (Asgary et Smith, 2013 : 3).

Le débat commence en 2012, avec l'annonce d'une refonte des politiques canadiennes de couverture de santé pour les demandeurs d'asile, et les enjeux sont à comprendre dans la dynamique fédérale/provinciale. L'État canadien a créé des ressources de soutien pour les demandeurs d'asile, des institutions qui leur sont réservées. Le Programme Fédéral de Santé Intérimaire (PFSI) est un programme d'assurance-santé pour les demandeurs d'asile et réfugiés réinstallés. « Avant le 30 juin 2012, le PFSI n'avait qu'un seul genre de protection en matière de soins de santé pour toutes les catégories de réfugiés. Les services hospitaliers et médicaux étaient couverts, ainsi que certains autres bénéfices, notamment les soins dentaires et de la vue d'urgence, les vaccinations et les médicaments, semblables à ceux offerts par les régimes provinciaux d'aide sociale » (Sheikh *et al.*, 2013 : E521). Au début de la recherche, le programme a subi des restrictions qui hiérarchisent notamment l'accès aux soins de santé en fonction du statut des migrants. Les modifications qui lui ont été apportées sont entrées en vigueur le 30 juin 2012. Ces changements structurels ont modifié les enjeux de la reconnaissance, et les ont diversifiés en sous-catégorisant les catégories de réfugiés. Le PFSI réserve maintenant un traitement limité

aux demandeurs d'asile en attente d'un statut, et marginalise l'accès aux soins. « La modification la plus importante consiste en l'élimination de la couverture de la plupart des services pharmaceutiques, de tous les soins de la vue et dentaires ainsi que de tous les autres soins complémentaires » (CIC, 2012 : 1).

Les politiques ont été révisées à nouveau en 2014, et sont à l'aube d'une nouvelle révision avec le changement récent de gouvernement, mais lors de la cueillette de données, on retrouvait trois grandes catégories de bénéficiaires au programme, superposables à cinq types de couverture, hiérarchisables selon des critères discutables. On distingue donc :

1. Les réfugiés pris en charge par le gouvernement, les réfugiés participant au Programme de parrainage d'aide conjointe qui reçoivent le soutien du revenu dans le cadre du Programme d'Aide à la Réinstallation (PAR) ; et les victimes de traite des personnes qui possèdent un permis de séjour temporaire valide en vertu de l'article 24(3) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.
2. Les réfugiés parrainés par le secteur privé qui ne reçoivent pas le soutien du revenu dans le cadre du PAR, les demandeurs d'asile qui obtiennent le statut de réfugié, les personnes qui ont obtenu une décision favorable à un examen des risques avant renvoi, et les demandeurs d'asile qui ne sont pas des ressortissants de pays d'origine désignés (POD), à la seule exception des originaires de POD arrivés avant 2012.
3. Finalement demandeurs d'asile déboutés et les demandeurs d'asile provenant de POD.

En termes de couverture de soins de santé pour les deux premières grandes catégories, la différence se situe dans le mot « élargis », venant marquer la césure entre les premiers et les seconds. Concrètement, la couverture englobe les services hospitaliers, d'un médecin ou d'une infirmière autorisée, les services de laboratoire, de diagnostic et d'ambulance. Les premiers, qui bénéficient de la couverture élargie, sont couverts, en plus, pour des produits pharmaceutiques sur ordonnance, des soins dentaires et de la vue de façon limitée, des appareils aidant à la mobilité, des soins à domicile et de longue durée, des consultations psychologiques et une évaluation de santé suivant l'arrivée. Les seconds devront se contenter d'une couverture concernant « les médicaments et l'immunisation, uniquement

s'ils sont nécessaires pour prévenir ou traiter une maladie présentant un risque pour la santé publique ou traiter un état préoccupant pour la sécurité publique » (Gouvernement du Canada, 2012 : 8). Quant aux troisièmes, leur couverture minimale sera effective « uniquement pour diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie présentant un risque pour la santé publique ou un état préoccupant pour la sécurité publique » (Gouvernement du Canada, 2012 : 9). Le PFSI offre également une couverture de la visite médicale d'immigration, pour tous les demandeurs d'asile. De plus, la couverture est attribuée de manière temporaire, pour un an (renouvelable) ou jusqu'à ce que le bénéficiaire soit admissible à une couverture provinciale.

« Les institutions sont stigmatisantes quand elles offrent comme réponse sociale la prise en charge partielle ou totale [...] ; elles sont perturbantes du point de vue identitaire, car à travers la désignation catégorielle qu'elles imposent elles construisent le regard de l'autre plutôt négativement » (Roy, 2008 : 20). Des groupes de professionnels de la santé, de chercheurs en sciences sociales, se sont mobilisés très rapidement pour dénoncer les conséquences des coupures pour les demandeurs d'asile, interpellant les considérations éthiques, appuyant tout particulièrement sur le fardeau administratif que ces nouvelles réformes impliquaient pour les intervenants en santé. « Alors que les coupures dans les soins aux réfugiés affectent leur état de santé, la confusion qui entoure les changements au programme complique aussi l'accès aux soins » (Sheikh *et al.*, 2013 : E251). Les premiers répondants, par exemple les réceptionnistes des établissements prestataires de soins, ne savent pas toujours ce qui est couvert ou non et refusent parfois des rendez-vous, car en premier lieu il importe de savoir dans quelle catégorie se situe la personne, qui parfois ne le sait pas elle-même (Harris et Zuberi, 2015). Les demandeurs d'asile qui franchissent cette étape peuvent se voir refuser des soins de la part d'intervenants qui ne connaissent pas les modalités de paiement, et ne savent donc pas s'ils seront rémunérés.

Si les coupures pourraient réduire les coûts à court terme, elles risquent aussi de transférer ces coûts aux provinces (Harris et Zuberi, 2015). Face aux coupures adoptées par le gouvernement fédéral en 2012, le Québec a décidé de couvrir les soins médicaux non couverts par le PFSI pour l'ensemble des demandeurs d'asile. La RAMQ prend alors en

charge tous les soins médicaux qui ne sont pas remboursés par le gouvernement fédéral, pour les demandeurs d'asile admissibles au PFSI et résidant au Québec. Mais pour être remboursé, il faut savoir si l'on adresse la facture à Médavie Croix-Bleue, l'entreprise canadienne chargée d'administrer les demandes de règlements des professionnels de la santé, ou bien à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ, 2012). Ces ambiguïtés créent des barrières d'accès aux soins de santé, et le corps médical s'inquiète de voir arriver à l'urgence des personnes dont les problèmes de santé seraient plus graves et plus avancés que s'ils avaient été traités plus tôt (Raza *et al.*, 2012 : E366), attendant le moment critique où ils n'ont plus le choix, engendrant potentiellement des coûts plus élevés alors (Harris et Zuberi, 2015).

En 2014, suite à une contestation judiciaire de la part des organismes Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés et Association Canadienne des avocats en droit des réfugiés, la Cour Fédérale a déclaré que les modifications au PFSI étaient inconstitutionnelles puisqu'elles constituaient des « traitements cruels et inusités », violant la Charte canadienne des Droits et Libertés (Cour Fédérale, 2014). Cela a mené notamment à l'élimination des catégories discriminatoires en fonction du pays de provenance.

1.2.3. CULTURE DE LA VULNÉRABILITÉ

«La Vie se matérialise en effet par les divers liens qui canalisent son expression : liens à autrui, à l'environnement social, mais aussi physique, géographique, territorial ; liens à sa culture, à ses origines, à ses ancêtres et enfin, d'une certaine manière, liens de fidélité à soi-même, à son histoire, à son existence » - Pocreau (2005 : 221).

Les demandeurs d'asile, dans leur quête d'hospitalité, sont soumis à des enjeux de reconnaissance, « une interaction dialectique de processus de définitions internes et externes » (Lamont et Bail, 2005 : 62), dans laquelle entrent en tension les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes, et les représentations que la société d'accueil leur accorde. Les

représentations, en tant que « vision fonctionnelle du monde » (Abric, 2003 :14), permettent aux individus ou aux groupes de concevoir le monde qui les entoure, de répondre à ses fluctuations et détours inattendus, par exemple en catégorisant les étrangers à partir des caractéristiques de leur intrusion. Elles sont « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003 : 53). Elles sont des outils développés autour de facteurs objectifs et de facteurs symboliques, résultant « d'un processus d'appropriation de la réalité, de reconstruction de cette réalité dans un univers symbolique » (Abric, 2003 : 13). Dans le cas des demandeurs d'asile, les facteurs objectifs, sur lesquels s'accordent tous les acteurs, tournent autour du fait que les personnes qui demandent le refuge ne sont plus sous la protection d'une nation. Or les fondements symboliques de la société d'accueil (ici la société québécoise) veulent que toute personne normale ait une appartenance identitaire nationale (Bernier, 1983). Les représentations mettent de l'ordre dans les catégories du social, se multiplient au gré des rencontres et forment les identités. Toutefois, il faut que les représentations soient acceptables des deux côtés de l'interaction, c'est-à-dire que les parties arrivent à un consensus qui fasse sens pour tout le monde, pour que cette reconnaissance émerge : « même si les autres peuvent faire référence à un individu en termes de catégorie sociale particulière, cette catégorie ne devient une identité collective que lorsqu'elle est personnellement admise, sur certains de ces aspects, comme donnant une définition de soi » (Lamont et Bail, 2005 : 62). Le niveau de reconnaissance influence alors la capacité d'autodétermination et d'action des groupes minoritaires. Dans cette dernière partie, l'objectif est de penser les rapports de force qui mettent en tension les différentes représentations de la personne du demandeur d'asile, dans le processus de quête d'hospitalité, afin de sonder la marge de manœuvre que ces exilés ont, quant à leur personne.

Quelle représentation la société d'accueil a-t-elle alors de ces étrangers déracinés ? Ils sont vulnérables. L'ambiguïté réside dans l'interprétation du mot vulnérabilité, et « la mutation de problèmes humains et sociaux en pathologies qui seront prises en charge par un dispositif professionnel illustre comment se concrétise la perte du contexte, toujours social, qui organise la vie au quotidien et le rapport à soi et à autrui » (Blais, 2004 : 11). Dans cette optique, la vulnérabilité est un facteur désocialisant. Pourtant, selon Marc-Henry Soulet

(2008), c'est plutôt une notion potentielle dépendante des conditions d'interaction de l'individu qui feront émerger ou se taire un malaise, dépendante aussi des conditions d'expression de la détresse ; c'est aussi une notion structurelle intimement reliée à « un mode d'organisation et de représentation des rapports sociaux » (2008 : 65) ; c'est finalement une notion relationnelle, tributaire des rapports d'inclusion/exclusion entre un individu et un groupe.

Les représentations que l'on se fait de l'Autre, influencent la personne qu'il est vraiment, ou qu'il deviendra éventuellement. « Tout au long de la vie, au sein des réseaux d'interaction, familiaux et sociaux, qui situent l'individu dans le monde, se construit et se reconstruit l'ensemble de traits qui définissent un individu et par lesquels il se définit face aux autres » (Taboada-Leonetti, 1990 : 44). Ainsi le demandeur d'asile est l'objet de représentations différentes selon les espaces qu'il traverse et les groupes qu'il côtoie. Exilé, pour ceux qu'il a quittés. Demandeur d'asile pour la société à laquelle il demande le statut de réfugié. Réfugié s'il l'obtient. Et sinon ? Cette situation est un passage relativement rapide à travers différentes identités qui découlent logiquement l'une de l'autre, caractérisées par la perte d'un réseau social et tous les enjeux pour le recréer, retrouver une place et devenir un acteur social, ailleurs.

Entrent donc en la personne du demandeur d'asile différentes perspectives pour le définir, son identité personnelle est confrontée à l'identité que la société d'accueil voudra bien lui accorder, en fonction des intérêts de chacun, qui, lorsqu'ils ne sont pas dans les mêmes cordes, peuvent déstructurer l'identité de l'individu. Au sein de ce jeu de pouvoir, calcul pour les uns et les autres de coûts-bénéfices de l'interaction, les stratégies inégalitaires sont basées sur une relation de domination, et « diminuent les capacités d'action des acteurs dominés sur la définition de leur propre identité » (Taboada-Leonetti, 1990 : 58). Le contrôle que l'État exerce sur les individus, contrôle à la fois de leur conscience, par exemple par le biais des représentations de la différence, du hors-norme, contrôle également des corps, et notamment à travers l'accès aux soins de santé pour les uns, différent pour les autres, ce pouvoir sur la vie par un encadrement strict du peuple, sont des moteurs de la stratégie politique de l'État d'accueil (Foucault, 2004b). Par exemple, face

aux coupures adoptées par le gouvernement fédéral en 2012, chaque province prend le relais comme elle le souhaite. Le Québec a décidé de couvrir les soins médicaux non couverts par le PFSI pour l'ensemble des demandeurs d'asile. La Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) prend alors en charge tous les soins médicaux qui ne sont pas remboursés par le gouvernement fédéral. Il est important de comprendre la manière dont un discours particulier produit de la connaissance, connectant le pouvoir, régulant les conduites, construisant les identités et les subjectivités, et définissant la façon dont les choses sont représentées, pensées, pratiquées et étudiées (Hall, 1997), pour cerner les conséquences sur les uns et sur les autres.

La problématique de l'interaction de ces représentations tourne autour du concept de vulnérabilité. Dans les rapports de force qui modèlent la rencontre, le groupe majoritaire impose ses représentations aux étrangers qui, pour être reconnus, sont amenés à se conformer et adopter la décision du plus fort. « Ainsi la vulnérabilité est-elle à saisir dans la relation entre un groupe ou un individu ayant des caractéristiques particulières et un contexte sociétal qui valorise la capacité à agir à partir de soi » (Soulet, 2005 : 25). Si, dans certains cas, cette conformation est bénéfique, dans d'autres elle peut être destructrice. Pour son avenir, l'individu est pris au piège des images idéales auxquelles il ne colle pas, essayant de maîtriser une marge de manœuvre alors qu'on essaye de le conformer. Les politiques d'exhibition presque publique de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique, ces politiques qui obligent le demandeur d'asile à se remémorer son expérience traumatique pour accéder à un statut obligent le demandeur d'asile à se conformer aux normes d'une identité universelle : une identité vulnérable. Néanmoins, l'intégration dans une catégorie subjective, c'est-à-dire socialement construite et applicable à l'échelle mondiale, imposée à toute personne cherchant protection auprès d'une société hôte, remet en question le rapport à sa propre personne, notamment comme l'ont montré certaines études en santé mentale (Kirmayer, 2002 ; Rousseau et Foxen, 2006), à travers l'intériorisation de caractéristiques telles que la vulnérabilité. On devient finalement ce que les autres veulent bien nous reconnaître, quitte à mettre en place toutes sortes de stratégies d'appropriation de ces traits identitaires, car parfois, par un calcul de coûts-bénéfices, la

conformation est le prix à payer pour un statut. Car ces « valides invalidés », pour reprendre l'expression de Bolzman (2001 : 138), dans une quête de reconnaissance et de réappropriation de leur propre personne, en viennent à revendiquer ces traits identitaires négatifs dans la société d'accueil, mais qui, étant le seul moyen de se faire une place et de retrouver un semblant d'autonomie, ne serait-ce qu'un contrôle sur leur image, tournent la vulnérabilité à leur avantage. « On ignore même que cette instrumentalité a pour effet de renvoyer certains individus à eux-mêmes, notamment tous ceux qui n'ont pas un accès direct à la parole, ceux au nom de qui on parle, provoquant ainsi leur repli sur soi » (Clément et Bolduc, 2004 : 78). Les rouages de l'engrenage sont enclenchés : la vulnérabilité se reproduit, et parfois même se propage.

L'attente de l'audience est une période de négociation avec les nombreux soi qui varient au cours du temps, à travers les espaces occupés et les personnes rencontrées, permettant à l'individu de mettre de l'ordre dans son histoire de vie, de se penser d'une manière convenable, pour aller de l'avant, à condition d'avoir la mainmise sur son récit, pour fabriquer soi-même son discours à partir de souvenirs sélectionnés, organisés, parfois un peu transformés, pour construire finalement une histoire viable, un récit définitif de ce qui s'est passé, avec des explications logiques des causes et des conséquences (Kirmayer, 2002). C'est une manière de mettre en place une continuité dans son histoire de vie, plutôt que de vivre la séparation, le déracinement, et l'atterrissage dans une société exclusive comme une rupture. Mais tous les obstacles post-migratoires, au lieu d'exclure la vulnérabilité qu'on leur veut par défaut, l'entretiennent, la reproduisent, la génèrent, la cultivent. La réunion sous la caractéristique dévalorisante de personne vulnérable, d'individus venus des quatre coins du monde, regroupe autant qu'elle isole. Elle crée un groupe social basé sur un unique attribut handicapant, dont les individus sont « susceptibles de s'inscrire au registre des « problèmes sociaux » qui deviennent, à des moments précis, le centre d'attention des politiques ; ils peuvent aussi être objet d'indifférence sociale, négligés par ces mêmes politiques » (Saillant, 2004 : 19). Cependant, construire une communauté de réfugié en dehors de toute logique liée à l'appartenance communautaire, c'est amputer tout un groupe de personnes de la capacité d'autodétermination, du pouvoir de produire ou du moins de négocier eux-mêmes leur identité. Dans cette impasse, certains

finiront peut-être par s'approprier cette vulnérabilité, dernière marge de manœuvre sur leur propre personne (Saillant, 2004).

L'audience est un tournant dans l'identité du demandeur d'asile, puisqu'elle marque la fin de l'exil et la conformation à l'image que la société d'accueil veut bien attacher au réfugié. Toutefois l'audience est un moment vicieux, où les jeux de mots sont à l'œuvre et où un pas de travers peut tout faire basculer. « La vulnérabilité passe par une série de jugements normatifs, d'ouvertures sur « l'inclusion » à une communauté, tantôt idéalisée, tantôt refermée sur elle-même, vulnérabilité qui, transformée en norme, dissout l'échange et bloque la parole. Elle devient donc le jugement que la société pose sur des sujets en marge d'une communauté donnée et dont la parole en est obliérée » (Saillant et Clément, 2004 : 10). Dans ce tournant de vie qu'est l'audience, les demandeurs d'asile doivent se vêtir puis se dévêtir de leur vulnérabilité. En amont de l'audience, elle est une démonstration de leur risque de persécution s'ils sont renvoyés dans leur pays d'origine, et afin de rencontrer la définition juridique qu'on attribue à cette catégorie de personnes, ces dernières ont parfois intérêt à modifier leurs récits de vie et à s'approprier cette vulnérabilité. Paradoxalement, en aval de l'audience, et s'ils sont acceptés en tant que réfugiés, elle devient un trait dont il faut se débarrasser, pour arrêter de paraître comme un intrus, un parasite de la société, mais comme un individu la constituant et contribuant au vivre ensemble et au lien social. En parallèle, les conditions d'intégration à une société sont notamment la bonne santé, physique et mentale, au risque d'être encore et toujours rejeté.

Les structures sont violentes. Les relations aussi. Le passage obligé par le processus de demande d'asile est un facteur vulnérabilisant. Le fait de devoir se prouver, se raconter de manière à correspondre aux normes l'est aussi. Cette violence structurelle, exercée systématiquement et indirectement à toute personne qui s'inscrit dans un certain ordre social (Farmer, 2004), et qui se décline dans cette prise de possession du corps du réfugié par l'enfermement virtuel à la frontière, ce gouvernement de la vie (Foucault, 2004b) structuré dans l'attente de l'audience, l'attente d'une identité, dans le but de maintenir l'ordre et la sécurité du pays d'accueil, met à l'écart le hors-norme afin d'entretenir la norme, mais également crée une pression sur ces personnes pour les obliger peu à peu à se

conformer. Par l'intermédiaire de ses structures, le gouvernement délimite les frontières entre le dangereux et l'inoffensif, les limites de sa souveraineté territoriale, et décide ce qui peut être fait et comment le faire, dans le but toujours de protéger ses citoyens (Cognet, 2004), parfois au détriment des réfugiés. Ces structures sont le reflet de l'interprétation des traités universaux. En effet, toutes les procédures auxquelles doivent se soumettre les demandeurs d'asile visent à écarter les faux réfugiés, ceux qui ne correspondent pas aux critères énoncés dans la Convention de Genève de 1951, critères repris par les lois canadiennes. La démarche devient parfois une association dangereuse pour les vrais réfugiés, stigmatisés aux yeux de la société d'accueil, jusqu'à preuve du contraire. Le jeu des stigmatisations se justifie par l'utilisation de ces préjugés. Dans une société d'accueil qui valorise « l'importance de l'individualisme comme fondement des rapports sociaux contemporains et de l'injonction individuelle à se réaliser, être autonome et responsable de son succès ou de son échec » (Roy, 2008 : 24), cette responsabilité d'une vulnérabilité pathologique revient aux demandeurs d'asile. Toutefois il est une part de leur vulnérabilité qui ne doit pas leur être attribuée, et ce sont les facteurs post-migratoires qui ont souvent grandement contribué à l'enclencher. L'analyse des déterminants sociaux de la santé (l'âge, le genre, l'éducation, l'emploi, le logement...) permet de faire des liens entre la vulnérabilité structurelle et la vulnérabilité relationnelle, s'alimentant l'une et l'autre, « pour chercher d'autres explications sous un angle plus politique en explorant le lien entre corps social et corps physique » (Cognet, 2004 : 166).

Les représentations jouent donc un rôle fondamental dans l'éradication de ces vulnérabilités, ou dans sa translation du pré au post-migratoire. En effet, « le travail de conformation ne vient-il pas renforcer, dans les sociétés d'accueil, les représentations simplifiées de l'expérience des demandeurs d'asile, que la plupart des acteurs dénoncent ? » (D'Halluin, 2004 : 33). Le cercle vicieux enclenché permet la construction d'un savoir basé sur des mythes dangereux. Pourtant, partager son récit de vie peut être aussi destructeur que réparateur (Morris, 1997). Si l'enjeu de la livraison de son histoire lors de l'audience peut être une source de retraumatisation engendrée par la non-reconnaissance et l'exclusion de l'individu au rang des fraudeurs, faire l'exercice de recomposer son récit est parfois un moyen de se réapproprier son identité, à condition que l'histoire soit reconnue. « Les menacés, rescapés et survivants, trouvent un sens à leur expérience du moment où


leur récit est reconnu comme une voix [...] et pas seulement comme une souffrance » (Agier, 2002 : 173).

Alors, vulnérables, peut-être, mais vulnérables à quoi ? Car si l'on considère la vulnérabilité comme « une notion interactionniste, en ce sens qu' « on n'est pas vulnérable en soi; on n'est vulnérable que devant quelque chose ou devant une situation donnée » » (Clément et Bolduc, 2004 : 67), beaucoup d'études ont une résonance quelque peu négative, du moins véhiculant une certaine tristesse, une certaine colère, quant au sort réservé aux requérants au statut de réfugié, participant du même coup de leur vulnérabilité, aux yeux de la société d'accueil (Massé, 2004). La culture de la vulnérabilité rend donc dépendants ceux qui en sont atteints.

Ainsi, comme le fait Arjun Appadurai, employons-nous « à mettre en évidence la manière dont les individus et les groupes se reconstituent un local » (Cuillerai et Abélès, 2002 : 18). Parce qu'heureusement, ils ne sont pas seulement des victimes, ils sont aussi des créateurs d'innovantes solutions, porteurs d'une débrouillardise débordante d'imagination. Quel est leur point de vue par rapport à cet accueil ? Cet accueil qui se décline par exemple à travers la couverture de santé qui leur est fournie, PFSI qui par ailleurs semble désuet aux citoyens indignés (Raza *et al.*, 2012 ; Seikh *et al.*, 2012). Quelles sont les alternatives mises en place pour se départir de ce trait péjoratif, quand, et comment ? La vulnérabilité évolue en spirale, à la fois pré-migratoire, de par l'obligation de cadrer dans des normes désignant le grand groupe des demandeurs d'asile, et à la fois post-migratoire par la reproduction de la vulnérabilité dans des structures contraignantes et mal adaptées (le réseau de la santé, mais également les centres de détention, les certificats médicaux, l'audience...). Mais au lieu de s'enfermer dans ce cercle vicieux de reproduction de la vulnérabilité, comment aller regarder les côtés plus positifs à travers les différentes négociations que doivent subir les demandeurs d'asile pour se procurer des soins de santé, ou pour se soigner eux-mêmes. « L'anthropologie se fait alors étude des interprétations et la mise en récit ne serait qu'interprétation. L'anthropologie devient alors une sorte d'herméneutique des mondes locaux, nécessairement polyphoniques » (Saillant, 2004 : 27). La discipline permet par exemple de cerner la dangerosité qu'impliquent les représentations de la vulnérabilité, pour

pouvoir, par la suite, retourner la situation et interroger la manière dont les représentés se représentent eux-mêmes.

Dans cette idée-là regardons alors le revers de la médaille, le point de vue des demandeurs d'asile face aux coupures du PFSI, les conséquences des interprétations de ce PFSI par les intervenants de la santé, sur la santé des demandeurs d'asile à leur tour. Allons plus loin enfin, interrogeons les stratégies alternatives et les perspectives d'espoir dont ces vulnérables débrouillards font preuve, pour s'en sortir et aller plus loin, à leur tour. Quelle représentation les demandeurs d'asile ont-ils de la situation dans laquelle ils sont ? C'est ce qu'il est nécessaire de leur demander, pour instaurer un dialogue entre les attentes des uns et les attentes des autres, pour trouver le terrain d'entente de la reconnaissance. La reconnaissance, quant à elle, est un processus qui peut se comprendre comme étant l'acceptation d'un groupe de la représentation que l'étranger se fait de lui-même.



« La croyance ne serait-elle pas au savoir ce qu'est au cuit la crudité ? Ce que l'on croit, c'est ce que, sans preuve, on admet d'emblée ; en somme, c'est ce que l'on gobe tout cru. Le savoir, en revanche, se prépare, s'élabore, bref : se cuisine. Toutefois, pas plus que toute autre métaphore, il ne faut trop filer celle-ci. Le cuit, c'est du cru... »
- Pouillon (1973 : 17).

A l'époque où le philosophe et ethnologue français écrit cette phrase, la décolonisation est déjà bien avancée, les pays acquièrent leur indépendance les uns après les autres, les penseurs partagent leurs réflexions sur le siècle passé, les disciplines se rencontrent, les idées résonnent entre elles aux quatre coins de l'Occident, et de grandes questions existentielles viennent bouleverser l'ordre établi.

L'anthropologie, qui plonge ses racines dans l'histoire coloniale du monde, se retrouve alors dans une position délicate : ses frontières, sa pertinence, sa légitimité sont remises en question. Dans les années 1980, l'historien américain James Clifford et l'intellectuel palestino-américain Edward Said s'engagent dans un débat aux propos multiples : la construction de la figure de l'indigène et la justification de la présence du chercheur sur le terrain, ainsi que les conséquences engendrées par le fait de raconter l'Autre, à sa place.

Le premier se positionne en faveur d'une réflexion sur la discipline, afin de l'adapter aux circonstances actuelles. Il souligne notamment l'importance cruciale de la mise en contexte, en particulier dans les interprétations des discours : « as a constructive negotiation involving at least two, and usually more, conscious, politically significant subjects » (Clifford, 1983 : 133). Il prône ainsi pour une discipline à valeur scientifique, exercée par des chercheurs capables d'autoréflexivité par rapport aux représentations qu'ils véhiculent de l'Autre.

Le second critique l'anthropologie, accusant la discipline de reproduire, de par les relations qu'elle entretient avec ses objets d'étude, les rapports de domination, et de perpétuer ainsi l'idéologie d'une hégémonie occidentale, en construisant le reste du monde, pour finalement conclure : « The point is that anthropological representations bear as much on the representer's world as on who or what is represented » (Said, 1989 : 224). Pour Edward Said, l'anthropologue, au lieu de rapporter ce qu'il observe d'une société, produit un discours sur la façon dont on voudrait que cette société soit (Hall, 1997 : 259), faisant ainsi preuve d'une violence interprétative nuisible à la société en question.

Le débat mené par ces penseurs du XXème siècle était finalement un débat engagé, pour dénoncer les injustices commises lors de la période coloniale, où la hiérarchie des races était une évidence, une croyance que l'on pensait vérité irréfutable, et pour donner la voix à ceux qui avaient longtemps été réduits au silence. On revient alors sur la discussion philosophique de Jean Pouillon : « le tri sépare le cru du su, mais après coup ; dans le présent, la ligne de démarcation n'est pas facile à tracer » (1973 : 21). Le contexte historique de l'évolution des mentalités est essentiel pour comprendre ce revirement de situation, et c'est une réflexion sur le passé qui permet de remettre en question les acquis, pour aller de l'avant.

La discussion s'inscrivait dans une prise de conscience collective de l'impact que nos représentations occidentales pouvaient avoir sur les personnes représentées, sur la violence de nos stigmatisations et catégorisations, appuyant à leur manière les revendications de droits humains universaux. Bref, c'est un débat sur le sens que prennent nos manières de penser et de représenter celui qui est différent, une 'crise des représentations' : « postcolonial theorizing suggests new positions for the ethnographic voice and new ways of writing for those interested in subjectivity under current conditions » (Del Vecchio Good *et al.*, 2008 : 4). Et cette discussion va plus loin encore. Comme l'écrit Stuart Hall (1997 : 243), notre fascination pour l'Autre oriente nos représentations vers ce thème, comme une obsession de se définir en fonction de ce que l'on n'est pas. En effet, chaque société se positionne par rapport à ses voisins, elle s'y compare pour placer ses frontières entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui y est inclus et ce qui en est exclu. C'est ce que Henrietta Lidchi (1997) qualifie d'exhibition, en prenant pour exemple la mise à

disposition des collections ethnographiques dans les musées occidentaux. Ce que l'on croit de l'autre et ce que l'on en sait sont mis en scène de diverses manières : il s'agit de donner du sens au reste du monde, étranger et parfois étrange, ailleurs et parfois chez soi.

Ce chapitre est une réflexion méthodologique sur les façons d'interroger les demandeurs d'asile par rapport à leur vécu en terre d'accueil québécoise, tout en prenant soin de ne pas reproduire ni appuyer les représentations qui peuvent être stigmatisantes à leur endroit, à travers l'écriture. « The multiplication of possible readings reflects the fact that self-conscious 'ethnographic' consciousness can no longer be seen as the monopoly of certain Western cultures and social classes » (Clifford, 1983 : 141). Comment mener une recherche auprès d'une population dite vulnérable, en lui prêtant voix ?

2.1. CONTRIBUTION MULTIDISCIPLINAIRE

« C'est cela la vérité de la maladie mentale, ce n'est que cela, ce ne peut être autre chose : ce qui en est dit dans le discours médical, toute cette parlerie qui se tisse entre initiés, entre gens du même monde, de même caste » - Gentis (1970 : 56).

Face aux enjeux de santé, physique autant que mentale, découlant de la précarité des demandeurs d'asile, et de manière plus générale face à l'importance de plus en plus flagrante du champ de la santé aux niveaux global et local, politique, économique et social, la discipline de l'anthropologie de la santé trouve une pertinence en offrant l'espace et les outils nécessaires pour penser les différentes perceptions de la santé, les politiques et systèmes de soins, les valeurs éthiques rattachées au domaine médical dans un lieu d'interaction donné, en présence d'acteurs spécifiques : « ses efforts pour relever les défis méthodologiques et conceptuels devront respecter ce souci premier pour resituer les

savoirs, les pratiques et les expériences du risque et de la maladie, tout autant dans le cadre des conditions concrètes d'existence que dans celui des contextes macro-sociétaux qui alimentent les violences structurelles » (Massé, 2010 : 12).

Plusieurs groupes de chercheurs ont mené des études sur les traumatismes du déracinement chez les demandeurs d'asile (Lacroix, 2003 ; Ouimet *et al.*, 2008) et sur les conséquences des séparations familiales (Rousseau *et al.*, 1999), penchés sur un passé traumatique. D'autres se sont penchés sur les défis des rencontres médicales dans un contexte de diversité sociale (Asgary et Smith, 2013 ; Fortin, 2013 ; Rousseau *et al.*, 2005). Cependant, peu d'études ont interrogé le point de vue des demandeurs d'asile. Ce mémoire illustre les conséquences des représentations engendrées par la rencontre et recherche les stratégies qu'ils mettent eux-mêmes en place pour pallier aux difficultés de cette transition identitaire.

2.1.1. COMPLÉMENTARITÉ ET COLLABORATION

J'ai atterri dans le bureau de la chercheuse Janet Cleveland, au Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS)¹² de la Montagne, dans le quartier Parc Extension. Les bras ouverts elle m'a reçue, écoutée, et suggéré quelques pistes de réorientation réaliste. D'une recherche envisagée en solitaire, elle m'a introduite à la collaboration interdisciplinaire. Aux côtés d'une équipe de recherche travaillant sur l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile suite aux coupures au Programme Fédéral de Santé Intérimaire, interrogeant le point de vue des intervenants en santé débordés par la paperasse administrative, déroutés par les différents statuts et les différents droits, désolés de ne pouvoir honorer tout malade requérant secours, au nom de l'application des règles politiques. Dans l'élaboration d'une réaction pesée face à l'absurdité de ce retour en arrière en termes d'offre de services pour l'autre. Et dans la réalité du manque d'un point de vue complémentaire, faute de personnel, faute de moyens. Pourquoi ne pas contribuer en interrogeant, en parallèle, ceux qui ont besoin de soins, pour éventuellement recouper leurs

¹² Maintenant appelé Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) mais nous utiliserons l'acronyme en vigueur au moment de la recherche.

témoignages avec ceux qui les dispensent ? Cette rencontre fut une opportunité de rentrer dans le monde de la recherche et des questionnements. Une possibilité d'apporter une petite pierre, à l'édification de cette recherche d'envergure nationale tout en enrichissant une réflexion universitaire.

Ma recherche s'est donc inscrite dans le cadre d'une étude plus vaste sur « l'accessibilité et les coûts des soins de santé pour les demandeurs d'asile suite aux changements au Programme Fédéral de Santé Intérimaire » menée par cette équipe du CSSS de la Montagne à Montréal. Les objectifs de cette étude « mère » étaient, d'une part, d'« analyser l'impact des coupures au PFSI sur l'accès des demandeurs d'asile aux soins de santé, les conséquences potentielles sur leur santé et le coût des soins de santé pour cette population », et d'autre part de « mettre en œuvre une stratégie intégrée de transfert de connaissances permettant d'optimiser la réponse du système de santé aux besoins de cette population »¹³. Il s'agissait d'une étude collaborative avec les acteurs du milieu, c'est-à-dire avec toute personne intervenant de près ou de loin dans l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile. L'étude visait à documenter des incidents vécus par les intervenants au cours desquels les demandeurs d'asile se sont vu refuser l'accès aux soins de santé¹⁴. Or comme le dit la sociologue Marguerite Cognet, « Une véritable prise en compte de la santé des immigrants et de leur potentiel de vulnérabilité au fil de l'expérience migratoire requiert une approche multidimensionnelle et multisectorielle parce qu'elle seule permet d'intégrer la complexité de la relation individu et environnement physique et social » (2004 : 175). C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire de maîtrise, qui, dans une perspective de complémentarité et en collaboration avec l'équipe du CSSS de la Montagne, vient documenter les pratiques des demandeurs d'asile en regard des services offerts par le milieu communautaire pour pallier aux limites institutionnelles qui se dressent dans leur quête de soins.

¹³ <http://www.sherpa-recherche.com/fr/sherpa/chercheurs/janet-cleveland/>

¹⁴ Au terme d'un processus multi-site, un certificat d'approbation d'éthique a été émis pour autoriser la cueillette de données dans plusieurs établissements, dont le CSSS de la Montagne et la Clinique de Médecins du Monde, ainsi qu'à l'extérieur du réseau de la santé.

Les demandeurs d'asile sont des personnes qu'il n'est pas aisé d'approcher, d'une part parce qu'ils ne sont pas facilement physiquement localisables, traversant souvent un grand nombre de lieux de résidence avant de se stabiliser une fois le statut de réfugié obtenu, d'autre part, et dans la continuité de la localisation, parce que leur statut est amené à changer rapidement. Néanmoins, certains organismes les reçoivent, les hébergent, les écoutent, du moins les accompagnent. Ils sont constitués en réseau, aux quatre coins de la ville, chacun arborant sa spécialité au regard des autres, référant les personnes pour telle ou telle problématique, là où il est pertinent pour les aider. Si les répondants à l'étude ont tous été recrutés au sein d'un même organisme du nom de Projet Refuge¹⁵, ils sont presque tous passés par au moins un autre organisme, qui les a par la suite référés à leur lieu de résidence actuel. Ces organismes seront présentés en temps et lieux. Pour l'heure, nous nous attarderons à décrire le Programme Régional d'Accueil et d'Intégration des Demandeurs d'Asile (PRAIDA), principale source de référence vers Projet Refuge, principale source référée par d'autres également, plaque tournante des références des organismes communautaires, où plus des ¾ des répondants sont passés, parfois même repassés, acteur clé dans leur parcours migratoire.

Le PRAIDA, situé dans le quartier Côte-des-Neiges, se positionne en ressource officielle. Le programme est chapeauté par le CSSS de la Montagne qui offre des services sociaux à sa clientèle cible, mais tient également une position de soutien vis-à-vis d'organismes publics et communautaires. Né en 2010, le centre de jour PRAIDA, dont les bureaux sont situés dans les infrastructures des résidences du Young Men's Christian Association (YMCA), offre « un espace accueillant de rencontre, de sociabilité, d'activités, d'information et d'intervention auprès des demandeurs d'asile, [...] une plateforme favorisant l'entraide et les échanges entre les demandeurs d'asile »¹⁶ à travers trois approches complémentaires : communautaire (interventions de groupe et opportunités de réseautage), circulaire (suivi individuel) et participative (prise en charge personnelle et échanges). Le PRAIDA est souvent une ressource de première ligne, référée, grâce à son

¹⁵ 2.2.2. Ethnographie d'un organisme « en mode survie ».

¹⁶ <http://www.csssdelamontagne.qc.ca/soins-et-services/demandeurs-d-asile-praida/centre-pour-les-demandeurs-d-asile-praida-ymca/>

affiliation au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, par les instances d’immigration et par certains organismes communautaires notamment, car le programme offre également des services de santé et des services sociaux. Cependant, le centre donne la priorité aux femmes et aux enfants, et à son tour le personnel intervenant s’occupe de redistribuer les demandeurs d’asile à un réseau d’organismes communautaires étendu, qui collabore à l’intégration de ces nouveaux arrivants.

C’est souvent par son intermédiaire que les répondants à l’étude se sont retrouvés à Projet Refuge, un petit organisme modeste au cœur de ce projet de maîtrise. Ce sont des personnes fragiles qui y sont référées, des personnes qui ne peuvent pas se payer un logement, des personnes qui ont besoin d’aide pour leurs démarches de demande d’asile, des personnes qui ont besoin d’accompagnement pour leur insertion à Montréal. Ainsi, les résidents de Projet Refuge sont souvent des plus démunis, notamment ceux référés par le PRAIDA suite à un suivi psychosocial ayant déterminé une santé mentale fragile ou un réseau social limité. Projet Refuge se positionne comme unique lieu d’hébergement (à part PRAIDA) et d’accompagnement juridique et social pour des demandeurs d’asile et réfugiés masculins, lieu de création d’un réseau personnel original, où les relations, tantôt à la société d’accueil, tantôt à l’autre tout simplement, se reconfigurent en des créations originales et réparatrices. Une place privilégiée lui sera accordée plus en avant dans le chapitre.

2.1.2. QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La collaboration multidisciplinaire, qui met en avant la richesse de la complémentarité des perspectives dans le but de cerner un problème dans toutes ses dimensions, demande une contribution originale qui se distingue par l’apport qu’elle fournit pour faire avancer la recherche, un angle d’attaque non exploré. La recherche du CSSS de la Montagne prend sa source dans les coupures au PFSI en 2012 et est appuyée par des articles d’opinion de professionnels de la santé (Rhaza *et al.*, 2012 ; Seikh *et al.*, 2013) qui s’indignent de ces coupures, de la complexité des nouvelles catégories de réfugiés et du fardeau administratif

que les nouvelles procédures engendrent et prévoient des obstacles additionnels à l'accès aux soins de santé, par le refus de certains médecins de prodiguer des soins, par la peur parfois de ne pas être remboursés de la consultation.

L'anthropologie, en tant qu'étude « de la *rencontre de l'Autre*, là où l'un et l'autre coexistent, se révèlent sans s'enfermer dans une identité exempte de reconnaissance et de réciprocité » (Saillant, 2000 : 155), a pour mission de mettre en dialogue toutes les parties impliquées. Dans ce retournement de perspective réside la complémentarité. La nécessité d'interroger d'autres protagonistes, dont la parole est trop souvent tue. Car la demande d'asile est censée être une transition, pour le citoyen qui cherche le refuge dans un lieu sécuritaire. Une transition qui n'a pas de fin définie, et qui souvent dure un certain temps. Temps incertain, temps précaire, parfois angoissant. Un temps qui peut requérir de l'aide, une aide qui parfois ne vient pas. En plus d'écouter la voix des demandeurs d'asile, ce mémoire sera l'occasion de remettre en question nos acquis et nos admis en termes de vulnérabilité des demandeurs d'asile, de mettre en perspective les histoires de vie de quelques demandeurs d'asile et réfugiés, et de raconter les alternatives thérapeutiques que nous ne soupçonnons peut-être pas. En résumé, il s'agit de regarder ce présent dans les yeux de ceux qui vivent l'incertitude, la solitude, l'attente et l'errance, et qui se débrouillent, coûte que coûte, pour se trouver des solutions.

L'équipe de recherche interroge en profondeur le vécu des professionnels de la santé face à ces coupures, et évalue les conséquences sur l'accès aux soins de santé. S'il est important de comprendre comment les médecins interprètent les changements et orientent leurs attitudes et leurs pratiques vis-à-vis des demandeurs d'asile, quel est le point de vue des patients ? Parce qu'il y a peut-être une autre vision des choses, parce que ces personnes sont les premières intéressées, et parce que pour qu'ils aient une chance de devenir des acteurs sociaux, il est nécessaire de les consulter, dès les débuts de leur transition identitaire. Plus spécifiquement, deux questions guident la réflexion :

- **Comment les demandeurs d'asile cheminent-ils à travers différentes ressources afin de se procurer des soins de santé ?**

➤ **Dans quelle mesure empruntent-ils d'autres avenues pour répondre à la précarité de cette transition identitaire ?**

L'objectif est de relayer le vécu des demandeurs d'asile dans leur quête de support pendant toute la période de leur statut précaire puisque transitionnel, de décrire les enjeux post-migratoires qui peuvent interférer avec leur santé, en tant que la santé exprimerait le bien-être d'un individu. L'on parlera alors de support formel, pour décrire toute ressource reconnue sur la scène publique pour les services qu'elle fournit à cette population (potentiellement référée par les services d'immigration, par exemple) ; et de support informel, pour définir toute ressource alternative (qu'il s'agisse d'un contact ou d'une recherche internet, par exemple). Il s'agit de retracer les négociations des demandeurs d'asile face à l'enfermement spatial à la frontière, métaphore décrivant la reterritorialisation virtuelle, aux marges du monde, en attendant, et les stratégies mises en place pour mettre un pied dans la société d'accueil. Il s'agit également, face à l'enfermement identitaire, de mettre en lumière les outils de recomposition d'une identité acceptable, bref, les itinéraires thérapeutiques empruntés pour répondre à des besoins physiques, psychologiques et sociaux. Pour cela, deux sous-objectifs se déclinent comme suit :

1. Documenter la façon dont des sources d'information, formelles et informelles, sont mobilisées et mises à contribution, afin de comprendre leurs parcours de quête de soins.
 - 1.1. Interroger les attentes des demandeurs d'asile, avec l'information qu'ils possèdent par rapport au système de soins de santé, et les raisons (données, interprétées) des difficultés rencontrées.
 - 1.2. Comprendre les stratégies mises en place pour venir à bout de leur vulnérabilité, perçue et attribuée, à travers l'utilisation du réseau alternatif en fonction des besoins exprimés, pour voir s'il est possible d'établir une

corrélation entre le type de besoins et l'accès à des solutions : où, qui, comment, pourquoi, quand ?

2. Documenter leurs parcours migratoires, de l'ailleurs quitté à l'ici trouvé, de l'étrangeté à la familiarité, de l'errance à la stabilité, afin de comprendre les stratégies alternatives d'entrée en contact avec la société d'accueil.

- 2.1. Nommer les vulnérabilités dont ils se sentent atteints et qui découlent de la perte de ses attaches territoriales et sociales.

- 2.2. Relater les stratégies de reconstitution d'un réseau social palliant à la solitude de l'exil, afin de comprendre la quête de soi.

Si le premier objectif vise une remise en question de nos préjugés de vulnérabilité à leur égard, par l'interrogation de leur vécu effectif, le second cherche à démontrer la résilience dont ils font preuve pour se dévêtir de la vulnérabilité dont ils sont couverts. En résumé, la mission de ma recherche est d'explorer les différentes manières de se rapprocher de l'autre, et de soi. « La différence est essentiellement relationnelle, comme l'identité d'ailleurs, à l'instar de ces identités des groupes « vulnérables » qui se constituent partiellement en « communautés » conscientes, « identités » que des sujets « vulnérables » adoptent ou rejettent, négocient, composent ou recomposent, recréent pour leur donner un lustre positif, ou déconstruisent pour leurs inexactitudes ou ce qu'elles portent d'étiquetage et de stéréotype, de souffrance sociale. » (Saillant, 2004 : 33-34). A travers ce projet de maîtrise, j'espère pouvoir apporter ma contribution à la compréhension et à l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé pour les demandeurs d'asile à Montréal suite aux changements au Programme Fédéral de Santé Intérimaire survenus en 2012, et aussi documenter non plus l'assistanat auquel est souvent associé ce groupe de personnes, mais bien la débrouillardise dont ils peuvent faire preuve, le soutien auquel ils peuvent faire appel lorsque leur accès à la société d'accueil est limité, et l'originalité des chemins qu'ils peuvent prendre, une perspective qui se veut positive, un hommage à la résilience.

2.1.3. COMPOSITION MÉTHODOLOGIQUE

« Je vais juste aller faire mes prières, si t'es toujours là après je vais venir donner mon avis, je sais pas c'est sur quoi, mais je crois que je peux donner mon avis » - Momar.

Les objectifs de recherche appellent une méthode de collecte de données de type ethnographique. Pour ce faire, j'ai tout d'abord cherché des lieux de recrutement.

La population cible est composée de demandeurs d'asile éligibles au PFSI, d'après les objectifs de recherche de l'étude « mère », décrits plus haut¹⁷. La complexité des clauses de la couverture de santé démontrée dans le premier chapitre engendre le recours des utilisateurs à des ressources alternatives pouvant les guider voire les réorienter dans leur quête d'aide médicale. Ce faisant, j'ai recruté 10 personnes âgées de plus de 18 ans, qui sont soit :

- En attente de leur audience de détermination du statut de réfugié (n=1)
- Dont la demande d'asile a été refusée mais qui ne sont pas encore sujets à renvoi (n=4)
- Qui ont récemment obtenu leur statut de réfugié (n=4)
- Qui a fait une demande d'asile mais ne sait pas quel est son statut (n=1).

En raison des limites linguistiques de l'auteure, les participants devaient maîtriser le français ou l'anglais. Par ailleurs, le groupe à l'étude est particulier de par la définition même de ce qu'est un demandeur d'asile, c'est-à-dire une personne échappant à l'emprise d'une appartenance territoriale, l'étiquette qui lui est ainsi attribuée reléguant au second plan sa provenance au profit d'une situation précaire et dangereuse, dans tous les cas. Ce

¹⁷ Cf. 2.1.1 – Complémentarité et collaboration.

faisant, aucune distinction supplémentaire n'a été appliquée, que ce soit en termes d'origine, d'âge ou de sexe. Toutefois, le lieu de recrutement étant un centre d'hébergement pour hommes en situation de demande d'asile et réfugiés, aucune femme (réfugiée ou requérante au statut de réfugié) n'a pris part à l'enquête. Il s'agit là certainement d'une limite mais peut-être aussi d'une contribution en ce que l'expérience de réfugié peut différer selon le genre (Bohard, 2011 ; Rygiel, 2008 ; Adam-Vézina, 2012), et compte tenu du petit nombre de personnes rencontrées, la recherche a échappé à cette variabilité, même si le genre n'est certainement pas la seule variable pouvant expliquer tous les écarts ou les convergences entre réfugiés.

Le choix de recruter des participants au sein d'un organisme communautaire s'est présenté d'une part par la familiarité des participants d'avec ces espaces d'aide, d'autre part par l'accessibilité à ces organismes. Il est à noter que cela représente une limite à la recherche dans ce sens que tout demandeur d'asile qui n'a pas recours à des ressources communautaires est alors écarté. En effet, le relatif inconfort du statut de demandeur d'asile, tel que la crainte d'être renvoyé dans leur pays, façonne les récits de vie en fonction de l'interlocuteur et de la confiance qu'on lui accorde. Interroger les demandeurs d'asile dans leur zone de confort, être acceptée par la personne ressource de l'organisme, en qui ils ont confiance, a facilité le contact et la confiance envers moi, à mon tour.

J'avais sélectionné et analysé les pages web de quelques organismes susceptibles d'intervenir auprès de demandeurs d'asile et de réfugiés. Le Projet Refuge de la Maison Haidar m'a ouvert ses portes en grand. L'organisme offre un service d'hébergement de transition, tisse des liens avec la communauté et procure des services post-hébergement (accueil, soutien, accompagnement, écoute, aide aux démarches). Ses services ont été réorganisés depuis les coupures au PFSI. Toutefois, la Maison Haidar semble être un espace où l'aide est prise en charge par des intervenants qui s'occupent exclusivement des demandeurs d'asile, une ressource spécialisée et qui agit à une échelle relativement petite. Le fait que les résidents de Projet Refuge soient souvent référés par le PRAIDA car particulièrement vulnérables, influence inévitablement les trajectoires qui précèdent leur arrivée dans cet organisme ; le fait que des services d'accompagnement soient disponibles sur place sont des facteurs à prendre en compte comme des limites à la recherche.

Le contact avec les organismes communautaires n'a pas été aisé. Après l'envoi d'un courriel, souvent sans réponse, une conversation téléphonique me faisait tantôt comprendre que le temps manquait, tantôt que les sollicitations étudiantes répétées avaient épuisé leur capacité de collaboration. Pourtant, Sarah Galliano, coordonnatrice du modeste organisme Projet Refuge, m'a généreusement donné l'opportunité de mener ma recherche, jusqu'au bout.

L'accent mis sur un seul espace, qui plus est lieu de vie, et comme je l'ai découvert plus tard, également lieu de liens, a permis une observation participante à long terme des dynamiques interactionnelles et de leur évolution, ainsi qu'un meilleur suivi et une plus grande proximité avec les répondants, de par la récurrence de ma présence. J'ai donc fréquenté cet organisme régulièrement pendant 8 mois, impliquée en tant que bénévole dans des activités de cuisine, de levée de fonds, d'événements typiques de la société québécoise. J'ai vu des résidents venir et repartir, d'autres obtenir leur statut et s'en aller, d'autres encore y remettre les pieds, le temps d'une soirée. Gagner leur confiance m'a permis de mettre en place plusieurs méthodes de collecte de données : les observations participantes régulières m'ont offert de nombreux échanges informels avec les résidents actuels et anciens. La familiarité qui s'est installée peu à peu en ma présence m'a ouvert des portes pour mener des entrevues sur une base volontaire, vérifiant les informations collectées informellement.

Les observations participantes étaient guidées par la nécessité de comprendre dans un premier temps les types d'interactions au sein de l'organisme, entre les résidents et les intervenants, ainsi qu'entre les résidents entre eux ; dans un second temps le mode de circulation des informations entre les protagonistes, en fonction des variables de temps passé dans la société d'accueil d'une part, dans l'organisme d'autre part. Ces observations se sont faites par l'entremise du bénévolat. J'ai décidé de participer aux activités de la maison : un souper annuel des membres, un atelier de cuisine, une journée de rangement, une levée de fonds, la fête d'Halloween, l'organisation de l'assemblée générale. L'observation participante m'a permis de cerner la dynamique relationnelle entre les différents habitants de la maison. Elle m'a également permis de prendre autant que de

donner, récolter des informations et en faire circuler de nouvelles. Et tout simplement ma présence a ouvert des portes à la confiance qu'ils m'accordaient, petit à petit, notamment la possibilité de réaliser, avec certains d'entre eux, des entrevues semi-dirigées.

En parallèle, les entrevues furent un moyen d'approfondir la compréhension des lectures composant ma revue de littérature, et de préciser les hypothèses découlant des observations participantes. Les entrevues ont été orientées par une grille d'entrevue basée sur les thématiques suivantes : le parcours migratoire retraçant les choix tout au long de l'exil (pays d'origine, langue maternelle, destinations antérieures au Canada), l'expérience du système canadien d'immigration (temps avant l'audience, statut, vécu), l'entrée en contact avec la société d'accueil (contacts sur place, logement, défis, organismes communautaires) et finalement leur expérience du système de santé (couverture, fonctionnement, rencontre médicale). Les questions que j'avais prévues m'ont également permis d'en poser d'autres, et dans les entrevues les plus riches d'établir un véritable dialogue, les questions découlant des réponses de manière très fluide. D'une durée allant de 30 minutes à 2 heures, elles se déroulaient dans l'un des lieux de vie communs de l'organisme : la cuisine, le sous-sol aménagé en salon, la cour arrière. Aller vérifier. Interroger ces personnes à qui on ne demande jamais leur avis. Et les écouter.

Dix hommes. Quatre anglophones. Deux francophones. Et quatre qui se débrouillent comme ils peuvent dans l'une ou l'autre des langues officielles du Canada. Pour leur confidentialité je tairais leurs provenances. Contentons-nous de situer géographiquement cinq participants originaires d'Afrique Occidentale, deux participants originaires du Proche-Orient, et trois participants provenant d'autres régions du monde. Arrivés au Canada pour la grande majorité dans la dernière année, trois ont un statut de réfugié et demandent maintenant la résidence permanente. Trois autres se sont vus refuser le statut de réfugié mais envisagent de présenter une demande de résidence pour motifs humanitaires. Ils ne sont pas allés plus loin dans les détails de leur statut migratoire. Un autre participant était, au jour de l'entrevue, en attente de la date de l'audience. Enfin, deux interviewés ne savent pas quel est leur statut. Regardons maintenant le cadre dans lequel ils ont été approchés.

2.2. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Les organismes communautaires tels que Projet Refuge, en proposant par exemple un accompagnement dans les procédures de constitution de la demande d’asile, jouent souvent un rôle de relais, lorsque les interventions de l’État ne comblent pas les besoins : « les organismes communautaires et non-gouvernementaux répondent aux différents besoins de cette population en situation précaire, en particulier aux besoins des services sociaux et de santé, en assurant la transition d’un statut temporaire à un statut permanent » (Oxman-Martinez *et al.*, 2007 : 76).

Si la multidisciplinarité est de mise au sein même des organismes, en termes d’intervenants, mais également au sein du réseau en termes de services, elle pose quelques enjeux de communication qu’il est nécessaire de soulever dès maintenant. En effet, multidisciplinarité n’implique pas toujours collaboration, dans le sens où bien qu’ils se réfèrent les uns les autres, les relations sont unidirectionnelles, les organismes se passent le flambeau, et peu font un suivi. L’interdisciplinarité offre quant à elle une perspective plus intéressante dans le sens d’un travail commun, d’une collaboration et non pas d’une juxtaposition des approches. On se retrouve ici face à une approche verticale alors que l’horizontalité offre des perspectives d’une pertinence plus riche. En parallèle, rappelons toutefois que les organismes communautaires sont organisés en réseau par l’intermédiaire notamment du Conseil Canadien pour les Réfugiés (CCR) et la Table de Concertation des organismes au services des personnes Réfugiées et Immigrantes (TCRI), ce qui permet notamment de mener des actions de concert.

2.2.1. ETHNOGRAPHIE D’UN ORGANISME « EN MODE SURVIE »

J’avais l’impression que les demandeurs d’asile seraient des personnes difficiles d’approche. Apparemment dissimulés dans la grande masse des indésirables invisibles, projetés dans un monde qu’ils ne connaissent pas, ils se retrouvent dans des organismes

communautaires cachés parmi d'autres déviants, ou bien dans la rue, et on ne sait où encore. Aussi, à la merci de procédures administratives, de formalités juridiques relatives à leur demande de statut, de recherche de logement et de travail, de cours de langues, etc. leur agenda est bien rempli, leurs disponibilités réduites et leurs envies de répondre à un curieux de plus sont faibles. J'avais raison et tort à la fois.

La Maison Haidar, structure physique de l'organisme communautaire Projet Refuge, était¹⁸ une humble demeure introuvable, invisible aux yeux du plus grand nombre, y compris de ses voisins m'a-t-on confié. On y mettait les pieds grâce au bouche à oreilles, lieu de passage et parfois tremplin, maison de transition, point de gravité, pour demandeurs d'asile et autres réfugiés. Son adresse n'était communiquée qu'en cas de réelle nécessité. Un site internet expliquant sa mission et ses services, une adresse mail et un numéro de téléphone : ce sont à peu près toutes les informations publiques que l'on pouvait trouver.

Le premier contact engagé, la communication fut très efficace : une semaine après avoir échangé le premier courriel, je suis venue rencontrer Sarah, coordonnatrice de l'organisme et unique employée, qui m'a accueillie les bras ouverts, avec un grand sourire chaleureux.

La maison était située à un coin de rues largement fréquentées, paradoxalement à son invisibilité. En guise d'enseigne, on pouvait apercevoir la feuille imprimée au nom de l'organisme, à travers les vitres sales et teintées de la porte d'entrée, à condition d'y faire attention. A droite en franchissant le seuil, le bureau était en désordre : il trainait des papiers froissés et des affiches expirées sur les murs, l'odeur de vieux prenait les narines et pourtant l'endroit donnait envie d'y rester. D'ailleurs, la maison avait la capacité d'héberger une quinzaine de personnes, qui y séjournaient de quelques semaines à quelques années. Des hommes, de toutes provenances, se côtoyaient par hasard, partageaient leur quotidien pour un temps incertain, se retrouvaient dans les pièces communes : dans une des deux cuisines, devant la télévision du sous-sol, côte-à-côte chacun sur un ordinateur, dans la cour arrière,

¹⁸ Si le passé est employé ici, c'est parce que l'organisme n'existe plus, mais cela fera l'objet d'une discussion, plus en avant.

ou participaient à des activités tels que la fête de l'Halloween ou encore une session de jardinage, de cuisine, organisés par des bénévoles.

L'entrée en contact a été très rapide, et la plongée dans leur univers, presque vertigineuse. Très rapidement, Sarah a porté attention à mon projet et m'a offert une riche collaboration. Elle m'a accordé une place. Elle m'a présenté aux résidents. Il a fallu justifier ma présence, et la récurrence de mes visites. Il a fallu leur donner une raison de m'accorder leur confiance, et de me parler d'eux. Il a fallu les convaincre que ma recherche leur profiterait. Leur proposer de l'aide si nécessaire. Et leur avouer que s'ils n'en bénéficiaient pas directement, leur collaboration servirait aux suivants. Avec l'aide de Sylvain Thibault, anciennement directeur de Projet Refuge pendant dix ans, nous avons organisé une réunion d'information, au sous-sol de la maison. Une dizaine de demandeurs d'asile assis autour d'une table, ou avachis dans les canapés, écoutant attentivement. Un traducteur spontané transmettait en parallèle les informations en anglais. Des questions ont surgi et les hochements de tête ont confirmé que tout le monde avait compris. Je suis ressortie de ce tour d'horizon avec l'agréable sensation que mon projet était validé, légitimé. Que le besoin était réel, et qu'ils en seraient reconnaissants.

« Tu sais, tant qu'on n'a pas de problème, on ne cherche pas la solution, on a tellement d'autres choses à se préoccuper » - Anonyme.

Et puis il a fallu d'autres visites, pour donner suite à la première. Sarah et moi sommes allées voir les résidents un par un, pour leur demander s'ils acceptaient de participer, et si oui, quand. J'ai programmé, ce jour-là, six rendez-vous à mon agenda. Les autres, à ma grande surprise, ont découlé du bouche-à-oreilles. Parce que là où je me trompais, et ce que mes entrevues m'ont révélé, c'est que ces gens-là ont besoin de parler, de raconter, d'être écoutés tout simplement, sans nécessairement attendre une réponse en retour, seulement un peu d'empathie. La participation volontaire est certainement venue, pour certains, de cette opportunité de s'exprimer. Ainsi quelques-uns m'ont adoptée. D'autres n'ont fait que se laisser côtoyer. Et finalement les deux tiers des résidents de la Maison Haidar m'ont livré des témoignages, patiemment.

Du mois d'avril au mois de décembre 2014, j'ai donc fréquenté régulièrement l'endroit. L'implication bénévole, à travers des ateliers de cuisine, de jardinage, des actions de collecte de fonds, m'a permis de développer des liens de confiance avec les résidents, qui ne s'étonnaient plus de me voir débarquer chez eux, et qui m'ont parfois livré des histoires de vie spontanément. Dans un monde où le bouche à oreilles est le mode de fonctionnement par défaut, il m'a fallu m'adapter, et adopter ce mode de vie : j'ai appris à toujours me déplacer avec ma grille d'entrevues, un papier, un crayon, une enregistreuse, et quelques formulaires de consentement.

Dix personnes ont accepté de me rencontrer, suite à ma séance d'information, ou par recommandation d'un précédent participant. Je relaterai maintenant quelques histoires de vie, les dates seront à prendre en compte en date de l'entrevue. Les noms sont fictifs.

Laurent vient d'Afrique de l'Ouest et vit à Montréal depuis quatre mois, passé d'abord par le centre de détention, référé par le PRAIDA à Projet Refuge. Arrivé seul, rapidement délaissé par ses contacts qui, selon lui, n'avaient aucun intérêt pour les problématiques d'un demandeur d'asile, les choses se sont enchaînées sans trop d'embûches. Deux mois d'attente de l'audience, acceptation du statut de réfugié, actuellement dans un processus de résidence permanente.

Arrivé lui aussi d'Afrique de l'Ouest, à destination d'une autre province, Amadou s'est retrouvé à Montréal en plein hiver, espérant obtenir son statut de réfugié. Hébergé chez un contact, qui a rapidement pris peur, selon Amadou, des implications financières liées à l'hébergement d'un demandeur d'asile, il s'est retrouvé à la rue, puis référé au centre Old Brewery Mission, puis de nouveau dans la rue par un choix délibéré de ne pas se voir coller à la peau le titre d'itinérant toxicomane, en plus de celui de demandeur d'asile. Finalement arrivé à Projet Refuge, référé par le PRAIDA. Tout s'est passé extrêmement vite pour lui, mais deux mois après son arrivée en sol canadien il a obtenu sa résidence.

Même provenance. Entré avec un visa touristique, Éric prétextait une compétition sportive en province anglophone, à laquelle il n'a jamais participé. Il est revenu à Montréal, chez un contact de contact rencontré là-bas, suivant l'appel de la proximité linguistique

témoigne-t-il. Son parcours est basé sur la naïveté, répète-t-il le jour de l’entrevue. Attrapé par les agents d’immigration alors qu’il partait travailler clandestinement, transféré au centre de détention pendant 2 semaines où il présente sa demande d’asile, référé au PRAIDA à sa libération, qui le réfère à son tour à Projet Refuge. Cela fait deux mois et demi qu’il a mis les pieds au Canada, et il est en attente de l’audience.

Provenant également d’Afrique de l’Ouest, Ousmane a d’abord tenté sa chance dans des pays d’Amérique Centrale, parlant l’anglais et l’espagnol. Refusé là-bas, admissible au statut de réfugié au Canada, il a, avant de présenter sa demande, passé six mois au centre de détention, pour des problèmes de vérification d’identité, dit-il. Aidé par une employée de l’organisme Action Réfugié Montréal, il est finalement sorti de détention sous la condition de vivre à Projet Refuge le temps de l’attente de l’audience. Aujourd’hui il a obtenu le statut de réfugié. Il témoigne maintenant d’une volonté d’implication communautaire mais trouve que c’est difficile.

Momar est francophone et habite au Québec depuis maintenant 7 ans. Venu faire ses études, appuyé par sa famille restée au pays, accueilli par son ami d’enfance à Montréal. Et puis il a rencontré quelqu’un, il est allé vivre dans une autre province, a arrêté ses études, perdu son statut légal et retrouvé sans argent, il a eu un enfant et tout a dégénéré. Après sa rencontre avec un organisme communautaire, il a décidé de présenter une demande d’asile. Attrapé entre temps par les autorités, il a attendu l’audience pendant 2 mois, le statut de réfugié lui a été refusé, et il a présenté un recours, dont l’issue fut négative aussi. Il est depuis presque un an en attente de son statut, et également sans titre de voyage valide. Depuis son retour à Montréal, il a passé quelques mois dans l’organisme Refuge des Jeunes, avant d’être référé à Projet Refuge, où il séjourne depuis 6 mois en date de l’entrevue.

Rashid vient du continent africain. Réticent à fournir un récit détaillé, son histoire de vie est difficile à retracer. Il mentionne toutefois trois audiences et sept ordonnances de déportation, mais il ne donne pas davantage de précision. Il vit à Projet Refuge et est impliqué dans l’organisme Action Réfugié Montréal.

Deux autres répondants proviennent du Moyen-Orient. Nader est arrivé à Montréal il y a quatre ans, et sa demande d’asile n’a pas été acceptée. Première nuit passée à l’aéroport,

puis transféré aux résidences du YMCA pendant 1 mois. Il dit avoir attendu l'audience pendant deux ans, et ne pas comprendre pourquoi il a toujours le statut de demandeur d'asile. Autonome à Montréal, travailleur possédant son propre logement, il a tout perdu, pour une raison inconnue. Après un voyage dans une autre province, il est revenu à Montréal, vivant dehors. Maintenant il réside à Projet Refuge, et compte représenter une demande prochainement.

Pour Farid, il s'agit d'une entrevue informelle, mais il est très au courant de mon projet. Les étapes se sont relativement bien enchaînées pour lui et maintenant réfugié en attente de la résidence permanente, il est impliqué bénévolement dans plusieurs organismes comme Projet Refuge, le PRAIDA-YMCA, ou encore le Santropol Roulant¹⁹.

Finalement, Joseph provient d'Amérique Centrale, assez âgé, à Montréal depuis 34 ans. Son témoignage est difficile à retranscrire, car la chronologie des événements est défaillante. Il ne sait même pas sous quel statut il réside ici. Mais tout ce qu'il raconte le renvoie à sa famille, et surtout à son absence douloureuse, me fait-il comprendre en me montrant, en pleurant, les photos qu'il conserve dans une valise scellée, elle-même placée dans une armoire, cadenassée.

Boris provient d'Europe, et son parcours est chaotique. Baragouinant un anglais appris dans la rue, il m'explique être arrivé ici par l'intermédiaire d'un ami, qui lui avait fourni des références de contact sur place. Dépouillé par son hôte, il s'est retrouvé dans la rue. Sans adresse, il n'a jamais mis la main sur sa convocation à l'audience et est maintenant persuadé qu'il n'aura pas d'autre chance, même s'il essaye de rouvrir son dossier.

Toutes ces personnes avec leurs histoires, se sont côtoyées, au moins croisées à Projet Refuge. Et si chacun possède son espace, les cuisines, le salon et certaines chambres sont partagées. La dynamique veut que chacun participe aux tâches ménagères, et s'ils le souhaitent aux activités organisées, créant un lieu de sécurité, également ouvert aux anciens résidents qui cherchent un repos, le temps d'une journée. D'après les témoignages, les

¹⁹ Centre alimentaire communautaire intergénérationnel situé à Montréal. L'organisme allie deux objectifs : renforcer la sécurité alimentaire et l'inclusion sociale. <http://santropolroulant.org/fr/>

relations restent cependant superficielles, chacun se disant plongé dans ses déboires administratifs et personnels. S'il est une convergence dans tous les récits, c'est la reconnaissance en l'organisme et surtout en Sarah la coordinatrice, et une appréciation toujours élogieuse de l'endroit et de ses services, bien que certains ont entièrement conscience de l'éphémérité de leur résidence. Si les histoires de vies sont ici dépeintes grossièrement, c'est pour garder la confidentialité des participants. Dans les chapitres qui suivent, des parties de témoignages provenant de ces sources variées se recouperont afin de proposer une analyse la plus juste pour eux, tout en respectant les implications éthiques d'un travail auprès d'une population parfois effectivement vulnérable.

2.2.2. IMPLICATIONS ÉTHIQUES

« Pourquoi tu veux enregistrer l'entrevue ? Qui me dit que tu vas pas utiliser les données contre moi ? Il va falloir que tu apprennes à écouter ce qu'on te dit » - Rashid.

Les demandeurs d'asile constituent une population vulnérable tout au long de la trajectoire migratoire, du départ à l'arrivée, une population dont l'avenir est incertain et dont les craintes quant à leur statut sont documentées (Oxman-Martinez *et al.*, 2007). Dans le souci de ne pas entretenir ces craintes, le chercheur doit être conscient de tous les enjeux que la rencontre implique, et protéger les participants quant aux retombées de sa recherche. Si la population étudiée ici est particulièrement fragile, rappelons cependant que la vulnérabilité est une potentialité, un « risque structurel d'être blessé » (Soulet, 2005 : 24), et lorsqu'on leur demande de se remémorer leur expérience depuis leur arrivée en terre d'accueil, il est nécessaire de prendre des mesures, au regard des « conditions de possibilité de cette potentialité » (Soulet, 2005 : 24), afin de ne pas faire éclore de nouveaux traumatismes. La validation d'une approche réussie réside dans le fait que, au lieu de

réveiller des souvenirs éventuellement douloureux tel que je l'avais envisagé, nos discussions leur ont souvent fait du bien, plusieurs me l'ont confié.

Les considérations éthiques de l'étude de cette population ont été adressées dans le certificat d'éthique à la recherche, approuvé par le comité d'éthique de l'université de Montréal. « Parmi les principaux objets de la réflexion, on retrouve les questions liées au niveau adéquat de soins à offrir aux participants d'une recherche, au consentement individuel et/ou collectif des participants à la recherche, aux retombées de la recherche pour les participants et leur communauté d'appartenance et au développement de structures locales en éthique de la recherche » (Massé, 2003 : 21). Car si l'on entend souvent parler d'éthique médicale à travers notamment la confidentialité des informations fournies par le patient, il est nécessaire de penser à une éthique de travail anthropologique qui veut retranscrire certains segments de vie tels qu'ils ont été racontés, analyser des récits tout en les respectant, écouter les répondants parler de leurs craintes, et anticiper les éventuels impacts, effectivement. « Les enjeux liés aux techniques de recherche et de soins ne doivent pas détourner l'attention des enjeux en termes de justice sociale » (Massé, 2003 : 21) et il est important d'interroger le point de vue des participants quant aux retombées de la recherche, autant qu'il est important de s'interroger, en tant que chercheur, sur les impacts que peut avoir notre présence dans les résultats de la recherche. La prévention des risques pour les participants appelle une vigilance en deux étapes : dans la rencontre en personne à travers les sujets que l'on aborde et les questions que l'on pose, car s'y reflètent l'image que l'on véhicule de la recherche et l'image que l'on projette de la personne que l'on a en face de nous ; dans la transmission de cette rencontre, car l'image de l'autre y circule aussi, dans les têtes des lecteurs, cette fois-ci.

La transparence est un des points essentiels de la recherche : à chaque étape du processus de collecte de données, les objectifs de l'étude ont été énoncés clairement aux personnes côtoyées, de manière verbale, que ce soit par un contact personnel ou anonyme, formel ou informel.

Lors des observations, une brève présentation préalable du projet et des précautions éthiques pour préserver la confidentialité des participants ont été annoncées à l'assemblée, permettant du même coup d'établir une certaine confiance :

- La présence du chercheur sera discutée et consentie par les organismes communautaires en question ;
- Aucun enregistrement vidéo ou audio des séances d'information, mais seulement la prise de notes, avec les considérations qui suivent ;
- Aucune note ne permettant d'identifier les individus présents, ni tout autre individu mentionné, ni même les institutions mentionnées.

Aussi la confidentialité assure la protection de chacun. Il a notamment été spécifié qu'aucune information ne permettra d'identifier qui que ce soit, aucun nom ne sera associé à une information. L'enregistrement et la prise de notes au cours des entrevues et de l'accompagnement, s'il y a lieu, ne se feront jamais sans le consentement du répondant. Deux cas de figure ont été envisagés : idéalement, la signature d'un formulaire de consentement écrit, mais il est également possible que des personnes se montrent réticentes à signer un formulaire de consentement écrit, tout en acceptant de participer à l'étude. Dans ce cas, leur consentement verbal a été obtenu. Dans tous les cas une copie du consentement a été remise aux participants, et chacun a été informé de sa liberté de se retirer de l'étude sans avoir à se justifier. Les données seront détruites à la fin de l'étude.

Dans le cadre des entrevues, afin de protéger les participants d'éventuels traumatismes, aucune question sur l'histoire pré-migratoire n'a été posée. Libre à eux d'y faire référence. Aucun jugement dans les services rendus aux demandeurs d'asile n'a été porté, et même si les personnes disent qu'on leur a dit n'importe quoi, il sera toujours nécessaire de nuancer les propos en se rappelant que ces personnes que l'on interroge, font leur propre interprétation de ce qu'on leur dit, comprennent les choses à partir de leur propre bagage, qui peut parfois biaiser les réponses, mais en disent long sur les sentiments par rapport aux différences de langage, par exemple. C'est cela aussi l'éthique de la recherche, c'est de penser de manière réflexive aux implications d'une toute petite phrase. Les témoignages, comme on le sait, sont parfois affectés par les histoires de vie difficiles à digérer, quand la mémoire ne veut pas se souvenir, quand on ne veut pas que les souvenirs

refassent surface, quand on veut garder des choses pour soi. Les chronologies peuvent être défectueuses et parfois impossibles à reconstituer. Également la rencontre comporte des difficultés de compréhension et les risques de non-sens ou de mauvaise interprétation, lorsqu'on se parle dans une langue qu'on ne maîtrise pas parfaitement, avec des référents environnementaux variés, et en contrepartie l'importance de la vérification lors des entrevues, les nombreuses demandes de précision et de répétition de ma part, et de l'autre côté la vérification d'avoir bien compris la question posée avant d'y répondre.

Dans le même ordre de considération éthique, l'anonymat des participants a fait l'objet d'une grande attention, car ce sont des personnes au style de vie incertain, qui ont souvent du mal à faire confiance, certains craignant d'éventuelles conséquences à l'immigration, et d'ailleurs cela n'a pas toujours été facile de leur faire signer un formulaire de consentement. Parce que les situations sont précaires, et les histoires de vie tellement personnelles. Protéger ses répondants, c'est aussi ça, ais-je appris. C'est savoir prendre le témoignage, sans poser de question. C'est donner sa parole que la vie est confidentielle.

2.2.3. PROJECTION RÉFLEXIVE

La recherche fut teintée de multiples défis, à la base d'un enrichissement personnel hors du commun. Se plonger au cœur d'une population de demandeurs d'asile à Montréal, c'est se dépayser chez soi. C'est s'adapter à de nouvelles façons de faire : c'est accueillir la spontanéité d'un nouveau répondant qui arrive au milieu d'une entrevue et propose de participer après, c'est aussi savoir prendre la chance au moment où elle se présente :

Un Africain ne prend pas de rendez-vous. Je ne sais même pas de quoi demain sera fait. Alors c'est maintenant ou peut-être pas la prochaine fois - Éric.

Sortir de sa zone de confort, tel un anthropologue investiguant un monde exotique et dépayçant, il n'a pas été nécessaire d'aller loin pour s'y retrouver, l'autre est à notre porte, bien souvent. Les mécanismes d'adaptation du chercheur se sont peu à peu mis en place, après des réflexions de résidents, parfois difficiles à prendre, mais toujours enrichissantes. La spontanéité, l'absence de prise de rendez-vous, auprès de gens qui vivent dans le

moment présent et qui m'ont parfois dit qu'ils ne savent pas de quoi demain sera fait. C'est découvrir le bouche-à-oreilles et anticiper la participation qui se présente sans prévenir. C'est aussi écouter des histoires difficiles, se retrouver face à des larmes. C'est ne pas pouvoir ouvrir la bouche, parfois face à quelqu'un qui veut parler. C'est être disponible, car s'ils racontent leur douleur, sans y avoir été invité par une question directe, c'est qu'ils ont besoin d'être écoutés. Ainsi catapultée hors de ma zone de confort, cela m'a donné confiance, renforçant l'idée d'un échange réciproque. Plusieurs répondants ont confirmé le bien que me parler leur a fait. Seulement un résident a refusé catégoriquement de me parler. Tous les autres l'ont fait de bon cœur, et les histoires qu'ils ont livrées m'ont permis de mieux comprendre leur réalité.

Or les discours se façonnent en fonction de la personne qui les écoute, et comme discuté dans le premier chapitre, parler de soi sans jugement permet de se construire et de s'accepter, parce qu'une reconnaissance se met en place. Ainsi parler à des commissaires à l'audience, engagés dans des jeux de pouvoirs de par l'attachement politique qu'ils représentent (Rousseau et Foxen, 2006), ne fait pas le même effet que de parler à une jeune anthropologue en devenir. Néanmoins, au même titre que les acteurs du monde politique et juridique de la société d'accueil peuvent avoir du mal à recevoir un récit qui transmet certains traumatismes, il a fallu, en tant que chercheur, s'empêcher d'absorber le malheur. Écouter est une chose, la réécouter pour la retranscrire en est une autre : cela permet de prendre du recul, certes, mais cela demande aussi de ressasser les tribulations migratoires des répondants que l'on côtoie régulièrement. Cependant le côté humain de mon terrain fut plein de belles rencontres inspirantes. S'il y a fallu aller chercher certains résidents pour participer à mes entrevues, d'autres sont venus de leur propre gré, curieux et volontaires. Dans un monde où le bouche-à-oreilles est le mode de fonctionnement, mon projet et moi-même nous sommes rapidement laissés embarquer. Car en parallèle d'histoires parfois dramatiques, ils expriment leur joie de vivre, et l'écoute est d'une contagion déconcertante. D'ailleurs, si les perspectives d'avenir sont parfois pleines d'espoir, de résilience et de courage, s'ils les transmettent comme cela, c'est qu'ils sont sincères. Cette force est si enrichissante qu'elle m'a grandement inspirée, et m'a aidée, dans mon mémoire, à aller de l'avant. Pour eux, notamment.

Le prochain chapitre retrace les itinéraires thérapeutiques des répondants. Depuis les besoins post-migratoires exprimés, jusqu'à la fréquentation du système de santé, en passant par la recherche d'information, l'objectif est de cheminer avec eux, de retracer la chronologie depuis le problème jusqu'à la solution, pour tenter de cerner les écueils qui se placent sur leur parcours. Si le type de besoins influence l'accès à des solutions, j'aimerais retracer leurs sources d'informations et interroger leur expérience de la rencontre avec un professionnel de la santé.

Le cheminement thérapeutique est-il parallèle au cheminement spatial et identitaire ? C'est le sujet du quatrième et dernier chapitre. Seront explorés notamment les défis que représente l'arrivée dans un pays étranger, notamment la recreation d'un réseau social et les forces différentielles des liens, pour tenter de cerner les aspects reconnus comme les inconscients qui créent des vulnérabilités : physiques, psychologiques, structurelles ; également les aspects qui favorisent l'insertion du demandeur d'asile dans la société d'accueil. Le parcours spatial, se présentant parallèlement à la recherche de contact humain, met en jeu, à travers les déceptions et les attachements, l'identité de l'individu qui se cherche une place, en attendant que les autorités lui en accordent une, officielle, venant mettre fin à l'identité de demandeur d'asile, qui circonscrit l'une des limites de ce mémoire.

Ainsi basé sur une observation participante et de multiples entrevues formelles et informelles, le questionnement originel s'articule dans des réflexions multidisciplinaires. Il est nécessaire d'utiliser des textes de lois, du global au local intimement reliés, pour plonger dans la spécificité du cas québécois en question. Comparer ces écrits théoriques à des ouvrages scientifiques, et les mettre en écho avec l'imaginaire collectif. Voici en quelques mots la recette utilisée. Partir des présupposés majoritaires, s'en aller vers le vécu individuel, le recouper avec d'autres, si différents et parfois étonnamment si identiques. Coller au domaine médical, s'approprier ses découvertes, et les appliquer à ce domaine, si différent et parfois étonnamment si proche. Remettre en question les craintes des normaux, et réinterroger la position du malade. Accepter enfin, que parfois l'espoir fait vivre, et que la résilience est au goût du jour, que ça nous plaise ou non.



CHAPITRE 3 - TRANSLATION DES VULNÉRABILITÉS

Haha ! Trust me, you will need a whole class. Just to understand how the system here works. – Laurent.

La vulnérabilité des demandeurs d'asile, de par l'ambiguïté des représentations qui lui sont associées, est au cœur d'enjeux de santé tout au long du processus migratoire. Elle se transporte dans la remémoration de souvenirs douloureux dont la véracité est jusqu'alors remise en question. Elle s'actualise dans la méfiance des citoyens de la société d'accueil dont l'idée qu'ils se font d'eux rend précaire leur établissement. Elle se négocie parfois, parce qu'il faut se l'approprier, pour être reçu en tant que réfugié. Ainsi lorsque la vulnérabilité est représentée par la majorité comme une pathologie et non un risque, le risque devient un état prétexte d'exclusion. Les conditions sont alors favorables à sa répétition et, ainsi engagée dans des rapports de force inégaux, l'émergence de troubles semble inévitable. Sous quelle forme la vulnérabilité se concrétise-t-elle dans la phase post-migratoire ? Quel rapport au médical les demandeurs d'asile entretiennent-ils ?

Les recherches montrent qu'à leur arrivée, les immigrants sont généralement en meilleure santé que la population locale, mais que leur santé tend à rejoindre la moyenne avec les années passées dans le pays hôte (Deri, 2005 ; Fortin et LeGall, 2007). Ceci est dû au fait que les immigrants sont, entre autres, sélectionnés en fonction de leur bien-être physique et mental. Mais contrairement à toute autre catégorie d'immigration, la santé n'est pas un critère d'admissibilité pour les demandeurs d'asile. La vulnérabilité, par contre, en est le principal. Le fait de devoir persuader la société d'accueil du danger qui les guette est une remise en question de leur identité, qui opère une translation des vulnérabilités de l'ailleurs à l'ici. « Leur vécu post-migratoire est aussi pénible. Non seulement ont-ils été déracinés par la guerre, la persécution religieuse ou politique, mais ils arrivent avec l'espoir de commencer une vie nouvelle. Or, un autre passage douloureux demeure à franchir : l'attente de la reconnaissance de leur statut de réfugié » (Lacroix, 2003 : 187). Cette incertitude quant à la durée du séjour insécurise la société d'accueil : tant que la reconnaissance n'est pas acquise, des difficultés s'ajoutent, pour se procurer de la nourriture, un logement, un travail (Brachet, 2002), ainsi que des soins de santé.

Dans cette optique, même si des ressources ont été mises à leur disposition, telles que le PFSI pour les demandeurs d'asile et les réfugiés, il est nécessaire d'interroger l'interprétation qu'ils s'en font, afin de comprendre leurs comportements sanitaires. « L'existence des demandeurs d'asile porte également l'empreinte du lieu – région et ville – où ils s'installent et de ses caractéristiques sociales, économiques, politiques et institutionnelles » (Rose & Ray, 2001 : 456). Avant d'interroger leur expérience du système médical, la première partie pose le cadre des besoins, tels que perçus par les demandeurs d'asile : le potentiel de troubles émergera dans certaines conditions seulement. Seront ainsi passées en revue le vécu du processus d'immigration, puis le processus d'établissement vécu en parallèle, et enfin les représentations qu'ils ont du système médical. À la lumière de ces conditions d'ouverture ou d'obstruction des voies d'accès aux soins de santé, la seconde partie aura pour objectif de documenter les itinéraires thérapeutiques, depuis la détention d'informations jusqu'à l'expérience de la rencontre médicale, en passant par les critères de consultation. L'entièreté du chapitre est une mise en dialogue des attentes des demandeurs d'asile et de leur expérience du système de santé, et vise à déterminer si tous les problèmes de santé convergent vers les mêmes solutions.

3.1. PRIORITÉS MIGRATOIRES

Tu sais, le système de santé on s'en occupera quand on en aura vraiment besoin, pour le moment on a tellement d'autres choses à penser... -
Anonyme.

Ils se sont présentés à la frontière et un agent d'immigration a évalué la recevabilité de leur demande. En leur donnant le droit de présenter leur histoire lors d'une audience ultérieure, ce dernier a posé le diagnostic d'une potentielle vulnérabilité, leur apposant le sceau de l'identité de demandeur d'asile (qu'ils revendiquent par ailleurs), atteint pathologiquement d'une déviance à soigner, ouvrant en parallèle la voie à la possibilité d'être accepté comme réfugié. « L'Autre s'est incarné à travers les expériences de la

souffrance, de la maladie, par le diagnostic créateur d'identité, d'exclusion, de stigmatisation, de mort sociale » (Saillant, 2000 : 162). Son statut temporaire fournit plusieurs détails sur sa personne : exilé invisible de son milieu social d'origine, étranger invisible dans une société d'accueil où il lui reste à faire ses preuves, à l'aube d'une mort sociale si l'entrée lui est refusée : à cheval entre un espace de marginalisation et un espace institutionnel si puissant qu'il décidera finalement de son avenir. Mais s'il est vulnérable, à son départ, quelles sont les conditions de son arrivée ?

3.1.1. SURSIS STRESSANT

You are looking to know every information about immigration and you focus only on... ya. Having the residence, you focus on all that things. – Amadou.

Le sursis, c'est cette étiquette de demandeur d'asile, coincée entre le statut de citoyen et le statut de réfugié. L'identité de passage menace de tomber, le jour de l'audience, du côté du réfugié visible, ou du côté du refusé invisible, sujet à renvoi. Le sursis est circonscrit dans une temporalité incertaine, mais à priori relativement courte. « L'instabilité du statut est probablement responsable d'une partie de l'excès de problèmes de santé mentale observée chez les demandeurs d'asile » (Ouimet *et al.*, 2008 : 502). L'insécurité et l'incertitude (Hyndman, 2015), en plus de nuire à leur état de santé, peuvent également entraver l'intégration sociale et économique des réfugiés.

En 2012, avec les modifications au système d'octroi de l'asile, s'est opéré un changement important dans les procédures et le temps d'attente de l'audience est passé de 18 mois à 2 mois, réduisant ainsi considérablement la durée du statut de demandeur d'asile, statuant plus rapidement de l'identité officielle de l'exilé (Bécharde et Elgersma, 2013). Suite à cette mesure, on peut ainsi s'attendre à ce que les troubles de santé mentale soient en baisse parmi cette population. À l'heure actuelle, très peu d'études présentent les retombées de cette mesure. Toutefois, en conférence de presse, la coordonnatrice de l'organisme Action Réfugié Montréal (ARM), Jenny Jeanes, déplore le manque de temps pour réunir ses preuves : « avant, la moyenne au Québec, c'était plus de deux ans pour avoir son audience,

alors la personne avait le temps de passer à autre chose, de se stabiliser, de voir son avocat, de faire des démarches et chercher des soins de santé. Maintenant, on doit tout faire en 60 jours » (Leprince, 2014)²⁰. Cette inquiétude semble appuyée par les résultats d'une recherche menée de concert par l'UNHCR, le PRAIDA et YMCA (2013) auprès de demandeurs d'asile arrivés après la réforme, qui se disent confrontés en très peu de temps aux défis de compréhension du système et de réunion de preuves. De quelle manière les demandeurs d'asile interrogés à Projet Refuge ont-ils vécu l'attente ?

Les résidents de Projet Refuge ont attendu leur audience de deux mois à deux ans, et, à une exception près, les données correspondent à la date de la réforme. Trois sont arrivés avant 2012 : Nader a attendu 2 ans et l'audience lui a refusé le statut, il attend maintenant de pouvoir rouvrir son dossier ; Joseph ne s'en souvient pas et ne sait même pas quel est son statut ; Boris ne connaît pas le temps d'attente parce qu'il n'a pas reçu la convocation à l'audience, pris dans des problèmes avec la personne qui l'hébergeait.

They might to see close my file, I try to reopen. Is bad. Hihi. Because I want to stay here but I think is not working. I know this, if you don't go to your hearing after you don't have a chance. You know. Because after they ask you to be... your life is dangerous in your country and why you don't want to come first hearing you know... - Boris.

Six ont présenté leur demande après décembre 2012 : cinq ont attendu effectivement deux mois, tandis qu'Ousmane a attendu six mois, passé entre temps par le centre de détention pour vérification de son identité. Rashid n'a pas voulu répondre à cette question. Le raccourcissement du temps d'attente a-t-il des impacts sur la santé des exilés ?

I thought it was challenging and it was stressful because... I met people in detention they said people never go for hearing from the detention center, I was like, I think... One of those many that have been in the detention have go through... yes it was quite difficult for me preparing myself going for the hearing, and that is the reason

²⁰ Ici-radio-canada - <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2014/09/09/003-reforme-systeme-asile-politique-canada-immigrants-refugies-durcissement.shtml>

really that I came to Canada so... I found the challenge in that there was so hard...
- Ousmane.

En effet, préparer une demande d'asile, c'est réunir des preuves, mettre en place un discours, se donner les outils pour convaincre. C'est se souvenir, c'est rappeler à sa mémoire des événements parfois douloureux, c'est exhiber un malaise dans l'espoir d'être protégé, c'est aussi se dire que le retour est inimaginable. Si les études dévoilent que bien souvent les demandeurs d'asile ont été soumis à la torture, au viol, à des détentions arbitraires, à diverses formes de persécution, religieuse ou politique (Rousseau *et al.*, 2002), le vécu post-migratoire peut se révéler aussi pénible et engendrer à son tour des souffrances. « Les identités collectives, les lieux de l'identité et les repères de la vie quotidienne ont été touchés, ou détruits, en même temps, ne laissant d'issue que dans la fuite » (Agier, 2002 : 31). Éloignés de leurs origines, les souvenirs de personnes et d'événements peuvent se manifester par des symptômes de stress post-migratoires, entretenus notamment par les procédures administratives lourdes et redondantes.

Even about the refugee claimant I didn't know anything. I didn't have any information because I had never plan to [...]. Most of the time you only focus on the reason on how you ... when they are going to accept you to stay or not. It is difficult to have a hard mind knowing that your family is somewhere else... ya.[...]
You're blank. – Amadou.

C'est ainsi qu'on leur demandera encore et encore de se raconter, de justifier le non-retour en se référant au passé, jusqu'à l'ultime audience, la décision suprême, le plus sincèrement possible, le plus honnêtement possible, le plus justement possible, à l'aide de questions prédéfinies, et parfois de réponses aussi.

It was very... It was a lot of anxiety... Because, then you have to provide information, you have to provide why... every day why you are a refugee, you have to come by.
– Laurent.

Cependant, chacun a sa manière de transmettre ses peurs, en fonction à la fois de la perception qu'il en a, mais également en fonction des intérêts perçus de la personne qui les reçoit. « La vulnérabilité de certains peut s'avérer un trait identitaire imposé ou recherché, à éviter ou à reconnaître, mais sans cesse à négocier et à renégocier, faisant partie ou non de l'identité désirable ou projetée » (Saillant, 2004 : 19). Les récits lors de l'audience sont soumis à des enjeux de reconnaissance décisifs pour la vie du requérant au statut de réfugié, et l'expérience qu'ils en retiennent ainsi que l'issue de la délibération orientent les trajectoires d'avenir.

Ceux qui sont arrivés avant 2012 présentent, dans leurs témoignages, un certain nombre d'incohérences, et il est souvent difficile de remettre en ordre les éléments de leur parcours et de reconstituer une chronologie. D'ailleurs, au moins deux des trois n'ont pas obtenu le statut de réfugié et attendent une deuxième chance de présenter leur candidature, pour motifs humanitaires cette fois-ci : le premier a fait des allers-retours à Projet Refuge depuis 3 ans, le second fréquente l'organisme depuis 4 mois.

J'ai vraiment besoin de beaucoup, beaucoup de chance actuellement parce que... ma vie est dans un moment où comme... tout peut changer pour le meilleur... ou pour le pire. So je suis dans le milieu actuellement. Tout juste dépend du... du... de l'immigration. Ils peuvent me donner une chance de refaire une vie normale que j'avais avant, comme ils peuvent me remettre encore dans un plus grand pétrin que je n'étais avant. – Momar.

Nous avons entendu l'anxiété de devoir raconter à maintes reprises et face à différentes personnes son histoire, nous avons entendu la peur de se voir renvoyer dans son pays, nous avons entendu le stress engendré par la perte de confiance d'un répondant en détention pour vérification de son statut, nous avons entendu la difficulté de plusieurs de garder la tête haute. Les études, quant à elles, montrent que plus l'attente est longue, plus il est difficile de reconstruire un soi valable (Lacroix, 2004), plus des portes d'entrée vers la société d'accueil, telles qu'un logement et un emploi, sont précaires, insécurisant le citoyen, renforçant du même coup ses préjugés vis-à-vis du demandeur d'asile.

3.1.2. UN TOIT ET UN EMPLOI

Si le sursis identitaire est stressant, parce qu'ils sont de passage, temporairement et spatialement, dans une identité marginalisée, les difficultés d'insertion peuvent l'être tout autant. Des études (Rose et Ray, 2001 ; Renaud, 2005) montrent qu'au temps d'attente de l'audience viennent s'ajouter de nombreux autres facteurs potentiels de stress post-migratoire, notamment les facteurs sociaux (perte de ses attaches, solitude, errance, et reconstitution progressive de liens sociaux, plus ou moins satisfaisants) et les facteurs matériels (logement, emploi, etc.). Trouver un logement, trouver un emploi, sans certitude de pouvoir rester, insécurise le logeur ou l'employeur, et relève du défi pour les demandeurs d'asile, qui sont dans le même temps pris dans leur démarches administratives (Renaud, 2005) : « l'incertitude - qu'ils traineront comme un boulet jusqu'à l'obtention de la résidence permanente – semble entraver de multiples façons leurs efforts pour améliorer leur situation économique » (Rose et Ray, 2001 : 456). Quelle est la réalité des résidents de Projet Refuge qui, s'ils ont un toit n'ont pas tous un emploi ?

L'aide sociale... je comprends pas comment quelqu'un qui travaille pas peut quand même recevoir de l'argent. Mais ici il te faut un permis de travail pour travailler ! Dans mon pays, si tu as une force de travail autant l'utiliser ! – Éric.

La catégorie des demandeurs d'asile est considérée comme l'un des groupes sociaux les plus précaires à Montréal (Rose et Ray, 2001) et ce classement est attribué au fort taux de chômage et à la faible rémunération de ceux qui travaillent découlant directement de l'incertitude liée à l'obtention d'un statut. Les résidents interrogés à Projet Refuge sont dans une situation relativement confortable puisqu'ils n'ont pas le stress de se trouver un logement, comme le témoigne Nader, à travers ses multiples allers-retours, lorsqu'il ne pouvait plus payer son loyer :

When I arrived here I went to immigration they sent me to PRAIDA, and PRAIDA sent me to YMCA. I stay in YMCA one month, after one month I came here, after 8 month I leaved here, I rent apartment, and I was working, after that I go... I decide

to go to another province, to Ontario, I have some cousin there, and I stayed here two month, and I see there no working, nothing, just... nothing, nothing doing, ya I decide to come back Montréal and I start again, I work in here, I take... I live here in Montréal, in Côte-Vertu, ya, ok. I working, I lived outside here in Montréal. After one year and a half, I came here back. Because I lose my job, ya and I don't have money to rent an apartment. – Nader.

Comme le témoigne également Laurent qui s'est retrouvé devant le fait accompli de devoir payer sa nuit au YMCA.

We have to pay... because they say we have money on us ! Because I had money. I paid for my day, they said I have to pay 25 dollars for that night. So we had breakfast in the morning, then the access to go to PRAIDA's office, for assessment, so on Wednesday they said... In YMCA, that is where the lady told me about this place. So I have to go back to YMCA pack my stuff because I can't stay there... I can't even lunch ! So I have to leave. – Laurent

Les recherches montrent que même avec l'obtention d'un statut de réfugié et l'entrée dans la légalité, la facilité de recherche d'emploi n'augmente pas, et qu'il faudra attendre l'obtention de la résidence permanente pour que soit levé le doute sur leur personne, aux yeux de la société d'accueil (Renaud, 2005). En effet, l'image que les membres de la société hôte ont de leur personne est teintée de préjugés, comme le souligne Amadou, et ces préjugés vont parfois se camper dans les incertitudes des demandeurs d'asile : croyant par exemple que les soins de santé sont payants, Amadou se perçoit alors comme un fardeau pour son logeur.

I think it was part of the reason why the friend did not want me to stay with him. Maybe he was afraid... that if I fall sick, he will have to spend much money. So I just know that maybe, then I was thinking to... that maybe I didn't know that it was so expensive if I went to the hospital. – Amadou.

La discrimination sur le statut migratoire participe de la précarité sociale (Smith et Ley, 2008). D'autres témoignages encore véhiculent un sentiment de dévalorisation de leur

personne dû à l'absence d'une place sociale (Clarkson et Renaud, 2002) : par le soutien de l'aide sociale comme substitut au travail et le sentiment de dépendance et d'inutilité ; par l'exercice d'un emploi dangereux dont les conditions sont floues, par exemple l'accès à des soins de santé en cas d'accident au travail, et l'anxiété reliée à ce manque de marge de manœuvre et de connaissance du marché du travail et des droits associés.

Would I have a health care at the job site and so on? Ya. And there is something that I want to know. Because on Friday, I was somewhere working. I was somewhere working on Friday night, and I was always asking myself. There are a lot of machines, and these machines were functioning. And very dangerous. I was asking myself, what would happen if I sustained an injury here? And I had never been working on that, the factory was an agency that took me there, so now I was like: this factory does not cover me, what would happen if something happens to me? – Amadou.

D'ailleurs, même lorsqu'ils obtiennent un emploi, les réfugiés ne travaillent souvent pas à leur juste valeur, les études montrant que la déqualification est une réalité de beaucoup d'immigrants, parlant alors de gaspillage de capital humain (Smith et Ley, 2008), renforçant du même coup la dévalorisation. Or le travail est un facteur important d'insertion dans la société hôte. « Le travail fournit une identité de producteur ainsi que de consommateur et par là même une légitimité quant à la place du migrant dans la société d'immigration » (Fibbi et Dahinden, 2004 : 2). Le fait de ne pas pouvoir travailler, de ne pas pouvoir contribuer, par leur force de travail, à l'économie du pays qui les accueille, entrave leurs démarches pour se retrouver une place sociale.

Les représentations sociales vis-à-vis des demandeurs d'asile, comme migrants incertains tant que l'audience n'a pas validé leur authenticité, alimentent une série de malaises au sein de la population hôte qui ne fait qu'augmenter leur précarité. Les caractéristiques environnementales dans lesquelles vivent, travaillent, interagissent les humains ont des répercussions sur leurs états de santé : « l'influence de ces forces sur la santé dépend de la résistance biologique de la personne [...] ; de ses dispositions à agir, qui se manifestent par ses habitudes de vie, de sa structure mentale et cognitive ; de ses projets et des ressources (matérielles, symboliques, affectives et sociales) qu'elle peut mobiliser »

(Contandriopoulos, 1999 : 180). Or les demandeurs d'asile sont précaires socialement, ne disposant souvent pas d'un réseau social fort à leur arrivée (Guay-Charrette, 2010), ne bénéficiant pas de grandes possibilités de participation sociale de par leur statut négativement connoté, bref, les ressources sont souvent faibles et les projets en suspens, attendant l'obtention d'un statut stable. Ces déterminants sociaux de la santé (Clarkson et Renaud, 2002) transparaissent dans les témoignages des résidents qui soulignent des questionnements psychologiques (stress financier, place sociale, identité) et des questionnements physiques (assurances en cas de blessures) reliés à leurs conditions d'emploi.

L'accès à des soins de santé vient se positionner au rang des déterminants sociaux de la santé. Dans les parties qui suivent, il sera question de la connaissance et de l'interprétation que les demandeurs d'asile se font du système de santé. Puis nous interrogerons leurs problèmes effectifs, et leurs parcours de soins, tentant de cerner les troubles qui les mènent entre les mains de professionnels de santé, et ceux qui les mènent ailleurs.

3.1.3. INTÉRÊTS MÉDICAUX

Peu de temps après leur arrivée, un examen médical leur a été imposé par le Gouvernement du Canada²¹, le but principal étant de déceler les maladies contagieuses pour les référer à des cliniques pouvant leur prodiguer des soins de santé. À moins qu'une pathologie ait été effectivement dépistée, les résultats à l'examen ne leur sont pas transmis, ce qui peut engendrer de l'ambiguïté quant aux fins de la consultation. Dans les témoignages, le statut est révélateur d'un certain stress, et si tous se souviennent de l'angoisse liée à la méconnaissance du pays et du fonctionnement du système d'immigration et des procédures de demande d'asile, la confusion créée par les différentes sources d'information domine dans le discours des demandeurs d'asile et des réfugiés refusés, se transformant en une frustration liée à un sentiment de dépendance, la frustration

²¹ <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/outils/medic/exam/qui.asp>

de se sentir prisonnier de l'attente, d'une décision qui ne vient pas. À la question « quelle est votre première expérience du système de santé ? », beaucoup se souviennent de l'examen médical à leur arrivée, premier contact avec le système de santé.

And that document was specifying the doctor and place where I was going to do my medical. I don't know what it was for. Because since they did the medical I've not seen anything, I've not heard from them, I'm just proceeding, ya I just used the receipt for the immigration. I know that it was took for immigration, I have to look for that. This is the doctor. – Amadou.

Parmi les réponses, on constate un grand nombre d'appréhensions vis-à-vis du rapport médical. Si le rapport médical vise à déceler des problèmes de santé qui demandent un suivi, les demandeurs d'asile interrogés ne semblent pas en avoir la moindre idée.

I didn't know I have to do a medical report, and... the immigration. This would go to CIC. Immigration. Then if they receive your medical [...]. So they need the medical before you apply for the welfare. – Laurent.

Ils pensent en effet que les données sont produites pour les fins d'immigration, qu'on leur en reparlera le jour de l'audience, et plusieurs semblent inquiets de ne pas avoir eu de retour là-dessus, que ce soit par rapport aux résultats médicaux en tant que tels, ou par rapport à d'éventuels frais. Plusieurs pensent également, à tort, que les résultats peuvent nuire à l'obtention de leur statut, et cette première expérience du système de santé laisse des appréhensions, par la suite.

Quand tu présentes ta demande d'asile, tu effectues des visites médicales, là, moi je pense que ce serait bien si tu pouvais avoir un aperçu de ton dossier médical. Oui. Peut-être un certificat médical, qui dira que par exemple que on t'a fait un test de SIDA, que c'est négatif, qu'on t'a fait un test de ça, c'est négatif... Oui. Parce que moi j'avais fait tous ces tests-là, mais jusqu'à présent je sais pas comme... Non je sais même pas à quoi ça servait. Peut-être pour voir si on n'a pas certaines maladies comme le SIDA et pour pouvoir très tôt le prendre en charge ou savoir comment faire avec ça, là. Comme... moi on me disait des fois comme... il se peut

que les frais reviennent vers toi si... le programme ne paye pas, ou quelque chose comme ça. Ça je sais comme... d'habitude si on t'appelle pas c'est juste parce que tout est correct. Mais ce serait plus judicieux de présenter un certificat médical à la personne comme ça plus tard même, il pourra se baser sur ça pour dire que, à partir de tel moment, je n'avais pas ceci, je n'avais pas cela. – Momar.

En effet, l'audience est le moment où l'errance s'arrête, et où la vie se stabilise, à condition d'être reconnu comme un réfugié. Les autres continuent leurs allers-retours, bien souvent, en appel ou attendant la date de leur renvoi définitif. Ainsi l'association entre l'examen médical et les procédures d'immigration, à travers la croyance que les résultats peuvent nuire à l'obtention de leur statut, rend ambiguë la vocation du corps médical, et pose deux problèmes majeurs. Premièrement, cette croyance erronée constitue un obstacle dissuasif lorsque se présente le besoin de se procurer des soins de santé. De plus, elle véhicule, dans les esprits des demandeurs d'asile, l'idée que l'appui d'un professionnel médical, et donc d'un savoir expert, est primordial pour devenir un réfugié. Ceci a pour conséquence une auto-dévalorisation de ces patients, qui pensent que la société d'accueil les perçoit comme des imposteurs.

J'ai pas de permis de travail à cause du système de santé. Depuis que je suis arrivé au Canada j'ai reculé, parce que j'attends les résultats de l'examen de santé – Éric.

Si l'examen médical, demandé dès l'arrivée en sol canadien, est obligatoire, le rapport médical effectué aux fins de la demande d'asile, est facultatif. Le rapport médical a pour objectif de déceler d'éventuels traumatismes qui pourraient expliquer les incohérences de récit lors de l'audience. Toutefois, les professionnels de la santé n'ont jamais la tâche de déterminer si le demandeur d'asile présente un risque pour la sécurité nationale (Cleveland et Ruiz-Casares, 2013). Le rapport peut parfois avoir une incidence sur la décision de l'audience, bien que la CISR ne tienne que rarement compte de ces rapports, surtout des rapports psychologiques. Cette interprétation par les autorités des rapports médicaux s'ajoute parfois dans la liste des facteurs de stress post-migratoires. En effet, dans cette recherche de reconnaissance, les individus sont amenés à sélectionner leurs symptômes, parfois même à les adapter, d'autant plus lorsqu'ils essayent de les communiquer à des

étrangers, avec une certaine appréhension de leur manière d'interpréter les choses, comme un double miroir.

La recherche d'un soutien se fait toujours dans un contexte donné, qui admet certains modèles auxquels il faut se conformer, car nous vivons dans un environnement social où le regard de l'Autre vient aussi influencer dans un sens notre comportement face à notre propre personne : « Cultural models, whether encoded in individuals' cognitive schemas, in body practices, or in social roles, discourse, and institutions can have an impact on psychological processes of attention, interpretation, and coping » (Kirmayer et Sartorius, 2007 : 835). Ils sont en vie. C'est ce qui compte pour l'instant, ainsi que l'obtention de leur statut de réfugié pour pouvoir le rester, en vie. Ou en survie.

C'est la confiance qui est au premier plan. La confiance en soi qui se dissipe. La confiance en l'avenir, aussi. Le processus de demande d'asile passe à travers plusieurs étapes, au cours desquelles le demandeur d'asile doit produire le récit de ses déboires, auprès d'instances décisionnelles, parfois avec l'aide d'avocats ou d'intervenants d'organismes communautaires. Or les récits se racontent en fonction des divers aspects du contexte, en fonction de l'interlocuteur, en fonction des intérêts en jeu dans le dialogue (Meintel, 1998). Que le récit engage l'obtention d'un statut, ou qu'il s'agisse d'une rétroaction sur le statut précaire, que l'entrevue se situe pré ou post-audience, que l'interlocuteur soit un anthropologue ou un agent d'immigration, ou un médecin ou un intervenant d'un organisme communautaire, le récit en sera forcément transformé, dans l'intérêt de celui qui le produit, de façon à encourager l'effet recherché. Par exemple, « toutes les fois où ils ont dû produire le récit de leur migration – au cours des démarches nécessaires pour acquérir le titre de réfugié – laissent leurs traces sur la forme des récits. Se constituer en tant que sujet auprès des instances administratives dans le pays hôte représente autant de travail pour le revendicateur de statut, considérant que sa survie matérielle et morale dépend de son habileté à produire un sujet acceptable » (Meintel, 1998 : 58). Plusieurs répondants soulignent d'ailleurs l'anxiété associée à la production et reproduction de leurs histoires de vie, face à des agents dont les décisions sont soumises à des critères stricts, ayant pour mandat de protéger les citoyens des potentiels fraudeurs. En

revanche, certains m'ont livré des histoires intimes et complètes, dévoilant des aspects personnels de leurs parcours. Joseph m'a montré toutes les photos de sa famille qu'il a gardées au fil des ans. Momar m'a longuement parlé de sa fille. La confiance en son interlocuteur, et en ses intérêts à écouter, oriente alors les trajectoires. Et l'idée qu'ils ont du système de santé oriente leur utilisation ainsi que leurs rencontres avec les professionnels médicaux.

3.2. MÉDIATION SANITAIRE

Il faut bien faire la distinction entre les problèmes physiques et les problèmes mentaux. Dans mon pays, les gens qui ont des problèmes mentaux vont voir soit des marabouts soit des prêtres et se tournent vers la religion catholique. Les psychologues ne servent à rien. La foi est le dernier refuge. Elle apporte un climat apaisant. Elle est le lieu de la tolérance. – Éric.

Les conditions de vie à l'arrivée semblent ainsi contribuer à une baisse de vitalité documentée, et engendrer des besoins de soins médicaux. Cependant, bien que les immigrants bénéficient d'une couverture de soins de santé au Canada, ils n'utilisent pas le système de santé de la même manière que la population locale l'utilise (Deri, 2005). « The decline in health with years has been attributed to persistent barriers to access of health services, improved use of diagnosis services, environmental factors, and the adoption of native-born behaviours relevant to health » (McDonald, 2006 : 2). Le moindre taux de consultation est alors attribué à des facteurs d'ordre culturel, liés aux normes et valeurs de l'immigrant : les comportements en matière de santé et de médecine diffèrent selon les espaces et les groupes dans lesquels on interagit. Les facteurs peuvent également relever de l'information : la proximité linguistique permet de comprendre à la fois le fonctionnement du système, les droits en tant que patient, de faire valoir ses besoins et d'interpréter la prescription du médecin ; les contacts le cas échéant peuvent se révéler de

précieux médiateurs (Deri, 2005). Explorons alors les trajectoires comprises entre les besoins exprimés et les consultations effectuées, afin de voir si l'on peut établir une corrélation entre le type de besoins et les réponses apportées.

3.2.1. INFORMATIONS SUPERFICIELLES

I don't know how works the system, I just stayed and take hot water, tea that to care of. But... to be founded I don't know what would happen if I just had sick, the first thing would be to see for the medical care, maybe for a doctor, maybe I would like to see a doctor and so on. – Amadou.

Les besoins se font sentir et plusieurs stratégies émergent, en fonction des connaissances de chacun, provenant de sources diverses et variées, plus ou moins officielles, plus ou moins efficaces. Les conditions post-migratoires telles que l'incertitude quant à l'avenir, les procédures administratives, une hygiène de vie précaire, apportent avec elles une certaine vulnérabilité, qui peut être renforcée lorsque l'accès aux soins de santé est entravé. Des chercheurs ont analysé les barrières aux soins telles que mises de l'avant par des intervenants en santé (Munoz et Chirgwin, 2007 ; Oxman-Martinez *et al.*, 2007 ; Kuile *et al.*, 2007) : la méconnaissance du PFSI, le fardeau administratif et les ambiguïtés du système de facturation figurent au rang des accusés : « both community organizations and health clinics spend a considerable amount of time trying to negotiate for services to be made accessible to individuals, to ensure that paperwork is up to date and correct, and to try to protect them from direct bills or from the threats of the collecting agencies » (Kuile *et al.*, 2007 : 23). En même temps que le raccourcissement du temps d'attente de l'audience, l'adoption des changements au Programme Fédéral de Santé Intérimaire adoptés en 2012 viendrait compliquer davantage la tâche des intervenants en santé. Les soignants sont souvent coincés entre leurs valeurs éthiques de soigner toute personne dans le besoin, et la rencontre de malades qui n'ont pas d'assurance maladie, qui parfois même n'ont pas de

documents d'immigration. Toutefois, l'interprétation que les intervenants se font de ces politiques n'est pas la première barrière entravant l'accès aux soins de santé, car avant de rencontrer un professionnel médical, toute la démarche est à prendre en compte : les informations détenues concernant le système de soins de santé, mais également concernant la couverture (Kuile *et al.*, 2007). La création de sous-catégories de couvertures PFSI en rapport avec l'étape précise du statut migratoire s'ajoute alors comme une complexité de plus à surmonter, surtout pour des personnes qui parfois, prises dans leur processus administratif, ne savent pas exactement qui elles sont, leur statut étant amené à changer souvent. Ainsi, trois types de barrières peuvent interférer dans l'accès aux soins de santé : les régulations imposées par le système (telles que le PFSI en lui-même), la capacité du migrant de comprendre ses droits d'accès aux soins (impliquant la couverture du système de santé et le fonctionnement du système), et les complications administratives (découlant notamment des changements au PFSI).

Cette partie interroge la compréhension que les demandeurs d'asile ont du système de santé canadien, autant en ce qui concerne leur couverture de santé que le fonctionnement du système, l'objectif étant de répertorier les obstacles relevant de l'accès à l'information qui viennent entraver leur quête de soins de santé.

They gave me a long paper. On that long paper, there were a lot of things. I didn't read everything, but I know that... and secondly there is full of information, yes but it is when you find the information... and it is very difficult for some people to find... to look for information. So I did not even know when they gave me this, I was afraid that I was going to pay for it. Ya but surprisingly, I did not pay for it. And I did not even know that they were going to pay for it. Ya... I did not know... so... it is after some time that I came to know that when... that they were going to pay for this... medical service... but I don't know who, and why ? – Amadou.

Un papier informatif sur la couverture de santé, une liste de cliniques : une montagne d'informations toutes plus abstraites les unes que les autres. Les répondants à l'étude ont connaissance du PFSI, et savent tous que c'est une couverture de soins de santé

à laquelle ils sont, à priori, éligibles. Mais l'information s'arrête là. Ils ne savent pas ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas. Ils ne savent pas à quels services ils peuvent faire appel.

Ok, like... medical information ya ! I think they gave me one at the airport the day I arrived here. Ya they... they gave me a paper that shows that I have right of... Ya and I got... I got... I got it when I was in detention too. So from the very first beginning, I was told that I had the right to have a medical services in Québec, ya. But the federal medical insurance is the one that I never understand to this day because I don't know what it means to have that federal medical insurance if it is different from having a Quebec medical insurance and I don't know the reason why one had to renew it to get your working permit, and how it is related to all those... like that so yes I don't know. - Ousmane.

Ils ne savent pas à quoi correspond la couverture, confus dans la distinction entre le provincial et le fédéral, entre l'assurance maladie et l'assurance sociale. Ils ne savent pas pour quelle raison ils sont couverts. Ils ne connaissent pas les conditions de leur couverture. En résumé ils savent qu'ils ont une couverture de soins de santé. Mais ils se disent démunis lorsqu'ils ressentent des besoins, et finalement chacun retient le numéro 8-1-1, qui les mettra en communication avec Info-Santé, service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel. Personne ne sait vraiment quel est ce service, si ce n'est qu'il est relié au domaine de la santé. Personne ne l'a utilisé.

Seule une petite partie de l'information a été assimilée, mais pour tous, parler du fonctionnement du système de santé est un sujet flou, qui recèle beaucoup d'ambiguïtés. Certains s'interrogent sur les fondements de leur couverture de santé, et de la frustration se dégage de leurs témoignages, à ne pas savoir sous quelles conditions ils sont couverts, ni vers qui se tourner, ni pourquoi ils n'ont rien à payer ou encore pourquoi ils ne peuvent pas être remboursés. Nader a été pris en charge dès son arrivée à cause d'une maladie chronique et ses sources d'information sont donc plus solides. D'autres savent que certains soins (notamment soins dentaires et de la vue) ne sont pas couverts et se demandent bien comment ils vont faire, voyant leur santé se détériorer.

Comment je fais avec mes dents ? Parce que ça fait deux ans ou trois ans que j'ai... toutes mes dents sont en train actuellement... je suis en train de perdre pas mal de dents, là, surtout à l'intérieur mais jusqu'à présent je peux rien faire pour ça. Mais je pense... je pense que avec l'aide sociale y'a un document qu'on nous donne là, où je pense qu'il y a des soins dentaires qui sont disponibles pour ça. Mais ça je pense c'est juste pour les arracher là. Mais moi actuellement si on m'arrache ce qu'il me reste à l'intérieur... - Momar.

Ce dernier témoignage est révélateur de plusieurs choses : premièrement l'expression d'un besoin et le fait de se sentir démuni face à un système de soins de santé que l'on connaît mal, deuxièmement la peur, tout simplement, des soins qui lui seront prodigués, s'il y accède.

« Un groupe a évoqué la masse d'information à absorber et la panoplie de démarches administratives à compléter dans un temps trop limité. Ils disaient ne pas avoir assez de temps pour s'acclimater et comprendre ce qui arrivait » (PRAIDA, UNHCR & YMCA, 2013 : 8). Les témoignages des répondants corroborent bien les barrières annoncées, à savoir les barrières linguistiques qui engendrent une incomplète compréhension des informations, des barrières culturelles qui écartent certains symptômes de l'ordre du médical et créent, dans l'imaginaire des migrants, des incohérences, et des barrières institutionnelles, telles que le fait de penser devoir couvrir les dépenses de leurs consultations.

La complexité du PFSI est donc une des barrières à l'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile interrogés, et la méconnaissance du système de santé est un facteur de stress supplémentaire. Nous interrogerons par la suite l'expérience que les répondants à l'étude ont du système de santé.

3.2.2. RENCONTRES CLINIQUES

Je suis aussi porteur du paludisme, mais j'ai pris mes précautions avant de partir et je me suis fait déparasiter par la médecine traditionnelle. Mais c'est sûr que j'aurai pas le palu ici parce qu'il faut un moustique porteur pour déclencher une gêne. Je prie tous les jours pour pas qu'on me mette en quarantaine – Éric.

Nous avons exploré en premier lieu les barrières d'accès aux soins de santé, liées, rappelons-le, à un manque d'informations complété par des préjugés véhiculés par des contacts et par l'expérience de l'examen médical obligatoire. Pourtant, sur les dix participants à l'étude, cinq ont rencontré un professionnel de la santé depuis leur arrivée (en plus de l'examen médical obligatoire), trois n'ont pas voulu consulter, et les données sont absentes pour les deux autres.

Il est cependant important de rappeler deux choses avant de poursuivre : premièrement, comme il a été expliqué plus tôt, plusieurs résidents ont été catégorisés comme étant particulièrement vulnérables suite à une évaluation d'un travailleur psychosocial, donc c'est une population qui ne représente pas la moyenne des demandeurs d'asile ; deuxièmement, ils ont accès directement à de l'information, sans avoir à passer par le processus de recherche de cette information, ce qui permet peut-être à un plus grand nombre que la moyenne à accéder aux soins de santé. Cependant, si leur compréhension du système de santé est approximative, et que leur fréquentation du système est relativement importante, on peut premièrement penser que l'organisme fait la différence à travers l'accompagnement, et deuxièmement on peut se préoccuper de leur autonomie, une fois qu'ils auront quitté le refuge.

Afin de laisser libre cours à l'expression des répondants, il leur a plusieurs fois été demandé de décrire leur sentiment face à diverses situations susceptibles d'engendrer des malaises : les défis de l'arrivée au Québec, l'accueil au sein des divers organismes communautaires, le contact avec un professionnel de la santé. Aussi des questions complémentaires ont été posées dans des tournures différentes, faisant chaque fois émerger de nouvelles

remémorations, notamment : « quelle est la première chose que vous faites lorsque vous êtes malade ? ». L'objectif ici est d'interroger les besoins et les réponses apportées.

Alors que tous les répondants ont exprimé un problème de santé à une période de leur parcours, on distingue trois groupes de répondants : ceux qui n'ont pas consulté ; ceux qui ont été pris en charge et ont été amenés à consulter ; ceux qui ont bénéficié de soins de santé à leur demande.

Dans le premier groupe, Amadou et Éric ont ressenti un problème de santé physique, mais n'ont pas consulté et ont privilégié l'automédication :

I got here in winter, and I know that I felt somehow. I was taking a lot of coffee and then after some time I started shaking and then I stopped taking the coffee, and then I was just staying indoors, and then I started drinking hot water... Right now, I feel I'm supposed to consult a doctor but I don't know. - Amadou.

Quand j'suis arrivé au Canada, j'me suis cassé un orteil en jouant au foot. Mais j'ai pas consulté de médecin parce que vous, les Occidentaux, vous prenez trop de médicaments. Ça sert juste à accélérer le processus de guérison, mais notre corps va le déclencher, de toute façon. – Éric.

Leur seule expérience du système de santé fut l'examen médical. On peut penser que cela est dû au statut socio-économique, aux coûts qu'ils croient associés, bref à leur manque d'information, mais aussi peut-être à des facteurs culturels tels que la confiance en la médecine occidentale (Devillanova, 2008) comme semble le témoigner le second répondant. Cela peut également traduire les conséquences des préjugés concernant la peur de se voir renvoyer. Ces deux répondants ont d'ailleurs exprimé leurs frustration et perplexité de ne pas avoir eu de retour de leur examen médical. Un troisième répondant, Rashid, affirme s'être fait refuser des soins mais ne veut pas en parler.

Dans le second groupe, deux participants, dont l'un est en appel suite à un refus de sa demande d'asile et le second ne connaît pas son statut, sont suivis par un professionnel de la santé, un diagnostic concernant leur santé physique ayant été posé dès leur arrivée. Le

premier souffre de troubles du système digestif, le second de cholestérol, ils font des visites régulières chez leur médecin attitré, une ressource précieuse en cas de problème.

If I have a problem, I go to Côte-des-Neiges, CLSC, I have there my doctor. And they see me if I need something. She told me I see you if I need. I visit doctor just one time, for test my blood, because I have a cholesterol in my blood. It's very high. You feel tired, ya, you have headache – Nader.

Dans ce même groupe, certains répondants ont été référés à un professionnel de la santé par un organisme, à un moment où ils ont exprimé un malaise.

I had anxiety issues... back home... before I came here. But at Laval I talk to a nurse and then she... I talk to a psychologist too... and then... since then I've never had anxiety since I arrived here. – Laurent.

Je vais à l'hôpital. Oui. J'ai été même admis à l'hôpital pendant 3-4 jours. En ce temps-là c'est quand je me suis retrouvé au Refuge des Jeunes de Montréal, like... ce temps-là, c'était vraiment dur pour moi, haha. Parce que comme... ma vie a soudainement basculé. Comme tout a soudainement changé. Tout, tout, tout, tout, tout. Ma vie d'hier et d'aujourd'hui comme... c'est diamétralement différent. – Momar.

Finalement, dans le troisième groupe, un seul répondant reconnaît avoir ressenti des besoins et être allé chercher des soins, de sa propre initiative. On constate d'ailleurs que ce répondant bénéficie d'un contact privilégié avec un travailleur social du PRAIDA.

Actually I have... there was a time I was sick, when I came out. I was a little bit sick and I went to... PRAIDA. Cause I had a... I had then a social worker that I normally go to meet every week, until two weeks, so I come then to ask for she dated me to go for a hospital day – Ousmane.

Si l'on résume ces résultats, tous ont exprimé un problème de santé. Les trois qui ont été diagnostiqués avec des maladies (cholestérol, problèmes d'alimentation chroniques,

dépression suicidaire et troubles d'anxiété) ont eu accès à un professionnel de la santé, et dans tous les cas ils se montrent satisfaits des services qui leur ont été fournis : les deux premiers sont encore suivis régulièrement ; Momar et Laurent affirment qu'ils vont beaucoup mieux. Trois autres constatent leur besoin de rencontrer un médecin. Parmi eux, deux sont allés chercher des soins de santé par eux-mêmes, dont l'un dit s'être fait refuser une consultation mais ne veut pas en parler, alors que l'autre semble très satisfait ; Amadou n'a pas osé faire de démarches. Finalement, Élie est fermé à l'idée de rencontrer un professionnel de la santé et ses propos semblent refléter un grand nombre de préjugés. Ici se dessine une corrélation entre la recherche de soins et le statut de la personne. Plus il est précaire moins il cherche de l'aide. En effet, un réfugié accepté et un demandeur d'asile disent n'avoir d'expérience que celle de la rencontre avec le praticien qui a réalisé leur examen médical à leur arrivée. D'ailleurs, son utilisation finale reste floue dans leurs témoignages, qui traduisent un malaise quant au rôle ambigu dans la demande de statut.

À l'image d'une recherche sociologique menée à Montréal auprès d'une population plus importante de demandeurs d'asile, « les motifs de consultation principaux retrouvés dans cette étude soit les douleurs corporelles et les problèmes psychologiques, concordent avec les plaintes fréquemment rapportées chez les demandeurs d'asile » (Ouimet *et al.*, 2008 : 502). En effet, parmi les problèmes de santé, quatre sont identifiés comme relevant du somatique : deux ont eu accès à des soins alors que deux autres n'ont pas demandé d'aide. Deux reconnaissent un problème psychique et ont été référés à un médecin pour consultation. Deux autres n'ont pas fait la distinction, les deux ont rencontré un professionnel mais l'un s'est vu refuser les soins.

Les témoignages présentent deux enjeux. Tout d'abord, l'expression des besoins dépend des individus et de leur approche de la santé. L'expression de la douleur, qu'elle soit somatique ou psychique, dépend de l'individu, et du contexte dans lequel il évolue. L'environnement physique, tel que le climat, la vie urbaine ou rurale, le métier exercé, ainsi que l'environnement social, comme les rapports de pouvoir, la place dans la société, façonnent les besoins, ainsi que les manières de les exprimer. Les façons de comprendre son corps, de relever ses symptômes, d'exprimer le malaise, à soi et aux autres, orientent

l'évolution et finalement l'issue du problème (Kirmayer et Sartorius, 2007 : 832). Ainsi l'attente de solution pour certains problèmes peut s'avérer dangereuse, aggravant parfois le diagnostic (Deri, 2005 ; Harris et Zuberi, 2015). Pour être reconnu, un problème de santé doit faire sens, pour tous les interlocuteurs. C'est l'un des nombreux défis auquel doivent faire face les demandeurs d'asile, dont les horizons divers ont façonné des modèles d'interprétation et d'extériorisation de leurs maux, et dont le parcours demande de s'ajuster à un modèle qui est parfois loin de leur réalité. La négociation de la survie d'un individu est donc à comprendre comme étant un processus dynamique de rapports de force entre les maux intériorisés dans la personne perturbée, une dynamique de communication avec le reste de la société, car « every culture must provide means for working with the dynamics of expression and restraint. Disjunctions between experience and expressions have implications for health, social interaction, morality and politics » (Kirmayer, 1989 : 336).

Ensuite, si tous ont exprimé des besoins, ceux qui ont eu recours à des services médicaux ont très souvent été référés par des ressources. La consultation psychologique référée et apparemment non-autonome vient peut-être du fait que l'association d'un trouble psychologique, apparemment de passage, à une santé mentale fragile nécessitant une intervention n'est pas toujours reconnue par les demandeurs d'asile (Asgary et Smith, 2013). Il y a en tout cas une nuance à apporter, relevant des choix que l'on va faire quant à tel ou tel mode d'expression de la douleur, en fonction de plusieurs facteurs tels que les interlocuteurs, les normes culturelles, les conséquences sociales, en fonction finalement d'un calcul coûts-bénéfices. « People usually experience bodily and emotional distress at the same time; which aspect is expressed may reflect socio-cultural norms for illness » (Kirmayer, 1989 : 329). Encore ici, il faut prendre en compte le fait que les répondants bénéficient d'un soutien exceptionnel à Projet Refuge, ressource de première ligne qui, entre autres, guide les réfugiés dans leurs trajectoires sanitaires.

Ainsi, la prise en charge dans des structures, même aussi négativement connotées qu'un centre de détention, semblent avoir orienté favorablement les patients en attente de statut, vers l'accès à des soins de santé. Toutefois, si certains sont réticents à rencontrer un professionnel de la santé, c'est parce que d'autres ressources ont influencé les trajectoires

migratoires et sanitaires. Avant d'interroger la fiabilité de ces accompagnateurs, nous nous pencherons sur l'expérience de la rencontre médicale.

3.2.3. ÉCOUTE ATTENTIVE

Quand je t'appelle, je te dis que j'ai plus de statut, mais je peux pas retourner chez moi, tu peux pas me dire par exemple, c'est la seule chose à faire retourner chez toi. Alors que je te dis que je peux pas retourner chez moi. Demande-moi au moins pourquoi tu peux pas retourner chez toi ! – Momar.

Des études montrent combien la rencontre interculturelle pose des défis communicationnels tant du côté des intervenants que de celui des patients (Fortin, 2013). Dans ce contexte de diversité, la rencontre clinique est une dynamique relationnelle, les espaces de soins sont des espaces de rencontre de normes et de valeurs : on prend en compte les rapports sociaux et les relations sociales (Fortin et Le Gall, 2007 ; Fortin, 2008). Si dans les hôpitaux une multitude de provenances se côtoie, le clinicien, représentant de la médecine occidentale, détient la norme de ce qu'est ou devrait être un corps sain, et par sa position, il est chaque jour confronté à « une diversité de savoirs sur le monde, le corps et la maladie » (Fortin, 2013 : 180). Les intervenants en santé sont donc amenés à négocier parfois avec des patients qui n'ont pas de couverture médicale, qui n'ont pas les mêmes référents culturels, qui ne comprennent pas la langue, ou qui ont un bagage culturel et une trajectoire de vie à l'origine de leurs maux, et qu'il faut comprendre pour appréhender correctement le problème et le traiter en conséquence, au risque d'empirer les maux. Les demandeurs d'asile sont justement un groupe dont les provenances sont multiples, et dont les problématiques, si elles se ressemblent parfois, s'articulent de diverses manières. Selon Kirmayer, « the task of preventing, recognizing and appropriately treating common mental health problems in primary care is complicated for immigrants and refugees because of differences in language, culture, patterns of seeking help and ways of coping » (2011 : E959). En effet, le pays d'origine peut être un facteur d'exposition du migrant à des

problèmes de santé spécifiques à son pays (comme l'exemple du paludisme chez l'un des répondants), ses expériences passées du système de santé peuvent influencer sa réceptivité aux prescriptions du soignant, et ses conditions de vie depuis son arrivée, son adaptation plus ou moins réussie, son acceptation de sa situation, les discriminations dont il fait l'objet sont autant de facteurs qui peuvent affecter sa santé mentale. Des frustrations peuvent ainsi se dégager des enjeux d'expression et de transmission d'un malaise, des différences d'interprétations qui lui sont relatives, des incompréhensions du point de vue de l'autre, et des désaccords pour les solutions. « The implications for healthcare are not only more variation in presented medical symptoms and diseases, but also differences in patients' needs and expectations » (Harmsen *et al.*, 2008 : 155). La rencontre médicale ne va pas de soi, et c'est pourquoi l'objectif ici sera d'interroger l'expérience que les demandeurs d'asile qui ont bénéficié des services de santé retiennent, ainsi que les ressources qui ont été utilisées par ceux qui n'ont pas visité le système. Comment ceux qui ont rencontré des intervenants en santé ont-ils vécu leur expérience ?

It was good, I think from my first time to my latest time I have come in contact with the doctor, the doctor touching me and so on. Ya. It was a good experience. – Amadou.

Actually I have... there was a time I was sick, when I came out. I was a little bit sick and I went to... PRAIDA. Cause I had a... I had then a social worker that I normally go to meet every week, until two weeks, so I come then to ask for she dated me to go for a hospital day. So it was cool they gave me the treatment that I needed. I met a doctor and... he spend everything to me. Then it was good. I believe the out system is ok. – Ousmane.

D'après les témoignages, ceux qui utilisent le système de santé sont contents, beaucoup valorisent l'écoute attentive des professionnels de la santé.

They really gave me some insurance and after some time I felt very calm – Laurent.

Ainsi les frustrations exprimées par les répondants à l'étude ne semblent pas venir de la rencontre clinique en tant que telle, mais essentiellement lorsqu'il s'agit d'obtenir de l'information, que ce soit pour trouver de l'aide, ou pour avoir une rétrospective de la

consultation. L'incertitude se fait sentir dans les témoignages, source de stress, tantôt de ne pas avoir les outils pour anticiper un trouble potentiel, tantôt de ne pas connaître les modalités de facturation, ou encore de ne pas détenir les résultats de ses tests de santé. Ce qui ressort des témoignages, et des entrevues en général, non pas nécessairement sur le contenu mais surtout sur la forme, c'est l'appréciation d'être écouté, à sa juste valeur. La reconnaissance, en un mot.

J'ai rencontré un psychiatre, on s'est parlé de tout et de rien... Ça m'a quand même aidé à... comme... savoir que le fait de penser à du suicide ne va pas régler le problème, là. Oui cela m'a quand même aidé à voir plus clair les choses. Je me sentais mieux, je me sentais aussi comme... libéré parce que j'ai eu à parler de mes problèmes. C'était la première fois que... dans ma vie que je rencontre un psychiatre, ou... je lui ai parlé des problèmes, de ce qui me préoccupait en ce temps-là, il m'a parlé, il m'a donné des conseils, il m'a recommandé de faire des choses que j'ai suivies à la lettre, et c'était cool. - Momar.

Tous les témoins de cette vulnérabilité, à travers leurs réactions et actions, participent de l'évolution du processus de reconnaissance et de socialisation, dans le sens de l'insécurité comme de la sécurité. Ce sont des récits d'exil qui, lorsqu'ils se racontent, actualisent leur vie et se révèlent sous tel ou tel autre angle, fonction de celui qui écoute, passant par les jeux de mémoire de l'énonciateur, les rapports de pouvoir des interlocuteurs, les interprétations de ceux qui reçoivent. Dire ses souffrances peut parfois être difficile, et les entendre également. Les participants interrogés dans le cadre de l'étude n'ont jamais été sollicités pour parler de leur vécu pré-migratoire, et pourtant plusieurs l'ont fait, volontiers. D'autres m'ont mentionné, d'une manière ou d'une autre, leur passé, par des phrases, des souvenirs, des références. L'accent a été mis sur l'atterrissage, le temps d'attente du statut, le temps où les vies sont bancales, et où les besoins sont particuliers à chacun. Les différentes étapes s'influencent et se recoupent, opérant une translation des vulnérabilités d'un espace à l'autre. Dévoiler ses peurs, raconter son passé chaotique, peut être une source de traumatisme tout comme un processus de guérison. « Evidence from support groups and psychoanalysis strongly suggests that language, under the right conditions, can have healing powers » (Morris, 1997 : 32). Ceux qui voulaient le dire ont

été écoutés, ceux qui préféraient le taire ont été respectés. Toujours dans la plus grande discrétion. Et sans jamais aucune question. Une écoute attentive peut alors devenir source de guérison.

En effet, les chercheurs qui se sont intéressés plus particulièrement aux traumatismes, et à la manière de les restituer, montrent que les omissions, les contradictions, les problèmes d'enchaînement chronologiques, peuvent également être des manifestations inconscientes du traumatisme, des défauts de mémoire, des facteurs de vulnérabilité supplémentaires. « Ainsi le doute devient-il symptomatique de cette confusion et donne assise à d'autres formations inconscientes telles que la production d'ajouts ou de souvenirs transformés » (Klausser, 2015 : 5). D'ailleurs, Kirmayer (2002) explique l'importance pour une personne d'avoir la mainmise sur son récit, le contrôle de son histoire de vie, la possibilité de fabriquer lui-même son discours à partir de souvenirs sélectionnés, organisés, parfois un peu transformés, dans le but de construire finalement une histoire viable, un récit définitif de ce qui s'est passé, avec des explications logiques des causes et des conséquences. C'est une manière selon l'auteur de mettre en place une continuité dans son histoire de vie, plutôt que de vivre la séparation, le déracinement, et l'atterrissage dans une société exclusive comme une rupture. C'est un moyen de se réapproprier son identité, en négociant avec les nombreux soi qui varient au cours du temps, à travers les espaces occupés et les personnes rencontrées. « Est blessé celui qui n'est pas en mesure de faire face, avec ses propres ressources aux exigences de la propriété de soi » (Soulet, 2005 : 55). Alors les traumatismes qui se taisent par peur sont une violente remise en question, pour la personne qui n'a pas le droit d'avoir vécu tout cela, qui ne doit pas s'en souvenir, ou du moins ne pas le transmettre, le garder pour soi, qui doit transformer sa mémoire pour ne pas se nuire.

La vulnérabilité, qui opère une translation du pays d'origine au pays d'accueil, est le point de rencontre de deux représentations conflictuelles : de la part de la société d'accueil, elle est la pathologie justifiant l'hospitalité ; de la part du demandeur d'asile, elle est le processus d'acceptation qu'on lui réserve. Elle devrait s'estomper avec l'arrivée en terre sécuritaire, au lieu de quoi elle se réincarne en la personne du demandeur d'asile dont la reconnaissance est un processus de preuve de soi. Pathologie pour les uns, enjeu identitaire pour les autres. Comment la reconnaissance se négocie-t-elle dans tout cela ?

Le statut de demandeur d'asile implique tout un lot de malaises, translatant la vulnérabilité pré-migratoire vers la terre d'accueil, renforçant la vulnérabilité maintenant post-migratoire par d'autres facteurs aussi stressants. Le temps de la préparation de l'audience demande toute leur énergie, pour réunir les preuves de leur vulnérabilité et attester de leur condamnation à mort, si le retour est ordonné. L'incertitude de la temporalité du statut obstrue les voies de l'établissement, telles que se trouver un toit, et un emploi. En effet, leur personne est au carrefour de représentations identitaires engagées dans des rapports de pouvoir. D'un côté se situe l'image à laquelle ils doivent se conformer auprès des instances d'immigration, pour avoir une chance d'entrer au pays d'accueil en tant que réfugié. D'un autre côté, influencées par leurs autorités de référence, les représentations que les membres de la société d'accueil se font d'un demandeur d'asile, souvent très généralisées et teintées de préjugés, parfois même de peur, interfèrent dans l'accueil et donc dans l'installation. Finalement, reste l'idée que le demandeur d'asile a de lui-même, représentation mouvante en fonction de son statut, ainsi qu'en fonction des personnes qu'il croise sur son chemin et des visages, plus ou moins maquillés, qu'il dévoile alors pour servir ses propres intérêts. Toutes ces remises en question sont autant de facteurs de stress, qui viennent amputer les demandeurs d'asile d'une certaine confiance en soi, et parfois en l'avenir.

Dans un moment de leur vie où la précarité touche autant leur physique que leur mental, les demandeurs d'asile expriment souvent le besoin de consulter un professionnel de la santé. Si le Canada et le Québec ont mis à leur disposition des services de santé, leur accès y est limité par le manque d'informations officielles et de connaissance de leurs droits (Oxman-Martinez *et al.*, 2007), ainsi que les divergences dans l'interprétation de maux et les réponses à y apporter (Musso, 2005). Si tous les répondants à l'étude jouissent d'une proximité d'informations prodiguées par Sarah, la coordonnatrice de la maison, leurs témoignages démontrent une grande méconnaissance du système de santé et de leur couverture de soins. Plusieurs disent qu'ils se renseigneront quand ils ressentiront un besoin, et qu'ils se concentrent, en attendant, sur leur préparation à l'audience. Souvent d'ailleurs, les rares informations qu'ils détiennent quant à l'offre de service sont obscurcies par le préjugé d'une certaine association négative entre la sollicitation de soins de santé et l'obtention de leur statut de réfugié. Ainsi l'on constate que ceux qui ont consulté ont été référés par des organismes communautaires et, contrairement aux idées reçues dont

certaines sont victimes, tous ceux qui ont rencontré un professionnel de la santé rapportent une expérience positive. De par leur autorité, les professionnels de la santé sont aux premières loges de la reconnaissance, ou du rejet. Les personnes qui les ont conduits à eux aussi. Mais d'où viennent les informations répétées par ceux qui n'osent pas ?

Le prochain chapitre interrogera les façons de se débarrasser de ce trait péjoratif qu'est la vulnérabilité, pour tenter de s'en sortir. « Il n'est pas inutile de rappeler, une nouvelle fois, à quel point définir une personne par son statut (celui de réfugié, d'immigré), par son problème, ses symptômes (victime de torture), son diagnostic (trouble de stress post-traumatique), son appartenance ou son origine ethnique, c'est l'enfermer dans une catégorie qui fait obstacle à sa reconnaissance et rend impossible l'accueil véritable » (Pocreau, 2005 : 231). À l'inverse, toutes les perspectives de reconnaissance d'une place dans la société seraient autant d'espoirs de s'en sortir, qui viennent alimenter la résilience dont les demandeurs d'asile sont capables.

CHAPITRE 4 – ARTICULATION DE LA RÉSILIENCE

“We are all in the same suitcase. And most people are not comfortable sharing the experience with you. Some refugees don’t... don’t tell you anything. Maybe it has to do with the experience they have in trust issues. I trust people who trust me. That’s how I am” –
Laurent.

L’un des principaux enjeux de l’installation dans un pays étranger est la question d’insertion, à savoir à la fois la reconnaissance de l’identité de réfugié, l’obtention d’un logement décent, d’un travail valorisant, la construction d’un réseau social fort, et la compréhension des différentes sphères et valeurs de la société pour une utilisation adéquate de ses services (Lacroix, 2004). Enjeu stressant pour les uns, opportunité de se reconstruire pourtant.

En amont, le paradoxe de la reconnaissance insécurise la rencontre. La vulnérabilité est cultivée par les multiples exclusions auxquelles le demandeur d’asile fait face : l’exclusion de son pays d’origine où sa sécurité n’est plus assurée ; l’exclusion du pays hôte, tant que la reconnaissance d’une identité déjà marginale n’est pas officielle ; l’exclusion de la part des membres de la société d’accueil, insécurisés par la méconnaissance d’un statut instable. Alors que toutes sortes de stratégies sont mises en jeu pour échapper à la vulnérabilité, ou pour la revendiquer dans le but d’une réappropriation du soi fuyant, reste qu’elle est toujours, dans les yeux de la société d’accueil, responsabilité de l’individu en exil, auquel on attribue tous les torts, « soupçonnés de porter en eux les causes mêmes qui les ont conduits là » (Agier, 2002 : 172). La notion de responsabilisation vient s’ajouter en complémentarité à celle d’autonomie idéale des individus, et finalement crée le malaise pour les uns comme pour les autres.

Finalement, les demandeurs d’asile sont également exclus des services de santé par manque d’informations, dont l’utilisation pourrait pourtant participer de l’atténuation de cette vulnérabilité. Mais si tout ce processus d’établissement est précaire et génère parfois des besoins médicaux, la quête d’informations concernant les services de santé est en revanche l’occasion d’explorer d’autres avenues.

Des études montrent l'impact de la présence d'un réseau social dans l'orientation des comportements sanitaires (Deri, 2005), notamment « if friends and kin increase the flow of information and if this information is considered to be of better quality/more trustable than that obtained through other sources » (Devillanova, 2008 : 273). De plus, la famille, les réseaux de soutien, qu'ils soient accessibles dans la société d'accueil ou restés dans la société d'origine, constituent des acteurs clés dans le processus de guérison, ou du moins dans l'accès aux soins de santé (Deri, 2005 ; Devillanova, 2008). En fonction de leur expérience et de celles observées autour d'eux, les demandeurs d'asile ont une idée du système de santé parfois biaisée, parfois enrichie, et cette idée va les y conduire, ou les en écarter. « C'est donc en partie en fonction des barrières rencontrées dans l'accès aux soins que les migrants sont amenés à développer des stratégies spécifiques leur permettant à la fois de contourner les obstacles et de bricoler avec des ressources alternatives afin de rencontrer leurs besoins en matière de santé. La mobilité permet ce bricolage » (Le Gall, 2009 : 9). Et quoiqu'on puisse en croire, les demandeurs d'asile se positionnent en acteurs dans la constitution d'un soi acceptable et reconnu, vers la débrouillardise et les réseaux alternatifs.

L'objectif de ce chapitre est de retracer les itinéraires sociaux, la constitution et décomposition de liens plus ou moins forts, les différentes sources d'écoute, les stratégies utilisées pour être reconnu, et pour trouver sa place, afin parcourir les avenues empruntées pour entrer en contact avec la société d'accueil. « Il faut écouter l'inaudible, incluant le silence, la colère, la difficulté de dire tout simplement, la répétition d'une histoire qui n'en finit plus de faire mal. Le travail, c'est également, au-delà de l'écoute et de l'accompagnement, la coordination de l'accès aux services et aux ressources matérielles et l'orientation pour l'accès à de telles ressources » (Saillant, 2007 : 81). Si la vulnérabilité cultive les représentations sociales négatives, existe-t-il des facteurs qui sortent les demandeurs d'asile de ce cercle vicieux, et les valorisent dans leur débrouillardise, les encouragent dans leur résilience ? La première partie documente leurs lieux de passage et interroge l'attachement qu'ils en témoignent : si Projet Refuge est considéré comme une famille, quels sont les facteurs qui les ont éloignés de leurs précédents refuges ? À la lumière de ces représentations de l'autre, la seconde partie analysera ce miroir des représentations de soi, les opportunités de s'impliquer dans la vie de la société québécoise.

Regardons maintenant les différentes stratégies opérées et les différentes ressources mobilisées pour se trouver une place dans la société, et améliorer leur santé, mine de rien.

4.1. ÉLOGE DE LA FAMILLE

« La vulnérabilité [...] se présente comme une zone intermédiaire, située entre l'intégration et la désaffiliation [...] » - Cohen, 1997 : 2.

« Tout au long de la vie, au sein des réseaux d'interaction, familiaux et sociaux, qui situent l'individu dans le monde, se construit et se reconstruit l'ensemble de traits qui définissent un individu et par lesquels il se définit face aux autres » (Taboada-Leonetti, 1990 : 44). Il arrive souvent que les demandeurs d'asile s'exilent seuls et fassent venir leur famille au pays d'accueil une fois le statut de réfugié obtenu (Lacroix, 2004). Mais les séparations familiales, « souvent associées à des événements traumatiques, peuvent engendrer une détresse psychologique et entraver le processus d'adaptation au sein du pays hôte » (Moreau *et al.*, 1999 : 177). D'ailleurs, une étude montre l'importance des liens familiaux dans la guérison de certains traumatismes (Rousseau *et al.*, 1999). Premièrement, les traumatismes affectant la famille ont un poids plus lourd pour un individu que les traumatismes l'affectant personnellement, notamment par l'anxiété de leur sort (Meintel, 1998). Deuxièmement, la famille est un acteur primordial dans la guérison des traumatismes, et puisqu'elle les reconnaît et les intègre à la mémoire collective, permet aussi de les oublier pour aller de l'avant. Et finalement, si la famille représente un « ancrage à la fois affectif et identitaire » (Rousseau *et al.*, 1999 : 591), que se passe-t-il alors lorsque la famille n'est plus là ? Les études montrent que les demandeurs d'asile recherchent des substituts à la famille (Moreau *et al.*, 1999), et s'identifient à de nouveaux acteurs sociaux, en attendant.

Ce quatrième et dernier chapitre interroge les trajectoires alternatives mises en place au fil des liens, sources d'information formelles et informelles mises à contribution pour se

débarrasser de cette vulnérabilité et renforcer les besoins matériels et symboliques, en quête de soins et de soi.

4.1.1. SOLITUDE GRÉGAIRE

Fermer Projet Refuge, c'est comme enterrer une famille – Alex, réfugié.

Applaudissements. Au mois de novembre 2014, une question existentielle est venue se poser à l'organisme : dans quelle mesure aide-t-on les demandeurs d'asile et les réfugiés ? Une assemblée générale extraordinaire a été convoquée pour traiter, entre autres, de cette interrogation. L'inquiétude part du constat de perte d'autonomie de certains résidents, qui restent dans la dépendance du confort de leur logement, de la proximité d'un accompagnement à la carte, d'un cadre social rassurant, et qui n'envisagent pas de voler de leurs propres ailes. Évidemment, d'autres s'en échappent, y mettant le pied comme sur un tremplin, lieu de transition vers la société d'accueil. Mais tous ont attendu leur audience et ont vu tomber la décision lors de leur séjour à Projet Refuge. Certains attendent encore. D'autres ont obtenu le statut de réfugié, et parlent déjà de projets d'avenir. D'autres encore n'ont pas été acceptés, attendant alors de pouvoir présenter une demande pour motifs humanitaires, attendant autrement une date de renvoi. Convergent donc en ce lieu diverses provenances, des histoires disparates, de vies à différentes étapes du processus de demande d'asile. Les résidents se voient évoluer les uns les autres, changer de statut, échangeant des bribes d'espoir. À un moment de leur vie où souvent ils ne savent plus vraiment qui ils sont, le fort taux de présence à la convocation à cette assemblée générale, conjuguée à l'utilisation de la notion de famille dans quelques témoignages, traduisent une forte identification à cet organisme d'aide aux réfugiés. « Le sentiment d'appartenance d'un individu à une collectivité se développe de pair avec la capacité qu'il a de pouvoir exprimer ses besoins, ses attentes, ses suggestions et le sentiment d'être reconnu dans la contribution qu'il peut apporter quelque chose à cette société » (Guilbert, 2005 : 9). Les témoignages des résidents et anciens résidents présents ce jour-là valorisaient le soulagement inestimable trouvé à Projet Refuge, et l'importance de garder sur pieds cette structure, sinon pour eux, du moins pour les suivants.

Cet épisode, observé à la fin de mon terrain, recoupe les données recueillies auprès des actuels résidents, en date des entrevues. Afin de clarifier ce sentiment, laissons-leur la parole. De quelle manière perçoivent-ils cette ressource, au point actuel de leur parcours ?

See, when Sylvain described Projet Refuge, for me, I wasn't expecting much. I was... I was just thinking it was just a place to stay, just to make sure you just have a secure place just to do what you have to do. But when I came I didn't realize that he has like a whole office that you can access for order, paper work and stuff like that. Now that was a way beyond my expectations – Laurent.

Now what I expected was just... at least some sort of ... let's say a decent environment where you have people who live a bit decent, maybe they can be thinking but they know the way to go about it and so on. So I just wanted a place, a conducive environment where you can have a little bit of privacy. Ya, I found it. – Amadou.

Une sécurité. C'est l'aspect le plus important qui ressort de ces témoignages. Un environnement sain, un espace privé, un accompagnement efficace. Une stabilité physique et affective. Avant tout une maison, où chacun délimite son espace privé, où chacun vit sa vie administrative souvent individuellement, où chacun bénéficie d'un suivi confidentiel avec Sarah, la coordinatrice. Les témoignages traduisent une appréciation différentielle suivant le statut au moment de l'entrevue.

Je trouve que c'est pas bien. Y'a rien à faire, je veux partir le plus vite possible parce que je tourne en rond, sauf que j'attends mon audience. Ici Sarah c'est comme une mère, elle nous garde bien. Elle nous aide dans nos démarches, elle prépare tout. Elle nous apporte une aide inestimable. Alors je participe aux activités pour lui faire plaisir – Éric.

Live here ? Ya it's good but not for a long time. Ya because if you live here for a long time, it's not good, I think it's not good. Because you don't have nothing to do in here, just eating, staying in your room, nothing to do in – Nader.

Les réfugiés parlent d'une expérience positive alors que les autres s'impatientent à force de ne pouvoir s'occuper en attendant l'audience. Néanmoins, l'obtention du statut étant le summum de la sécurité, l'incertitude de l'audience peut laisser des craintes. Il faudrait interroger les participants rétrospectivement pour voir si leur opinion a changé ou non, en fonction de l'issue.

Au-delà de leurs attentes, les résidents ont trouvé, en Projet Refuge, une ressource confortable, une seconde maison, une famille diront certains. Rencontrés au bout d'un parcours d'errance et de solitude, dans une relative quiétude et stabilité, les demandeurs d'asile et réfugiés interrogés à Projet Refuge m'en ont presque tous fait son éloge. Une « communauté protégée », suggérant que « les individus vivant en milieu urbain se concentreront sur leurs liens primaires, des liens familiaux ou d'autres liens familiaux recréés grâce à la proximité et à la stabilité résidentielle » (Carrasco *et al.*, 1999 : 75). Proximité d'identités revendiquées réfugiées, stabilité résidentielle en maison d'hébergement, faute de mieux. En ce lieu auquel ils s'identifient, ils se réinscrivent dans la norme d'une identité territorialisée, perdue dans les déboires qui ont suivi leur départ. Ils se réinscrivent dans la norme de choix du lieu de sédentarisation finale. Car s'installer à Projet Refuge et participer à la vie communautaire, c'est accepter son identité de demandeur d'asile, prérequis pour une place ici.

It is not bad, but I know it was a condition for me to stay here so that my decision can be taken. But in anyways is, it's something that I have to accept, you know, I don't now have any other option. And it's not bad, so... like I said. We do have sometimes diners and some out things, and other activities. And... I do participate.
– Ousmane.

L'idée d'identité sédentaire au sein de cet organisme communautaire permet de penser une reconnaissance satisfaisante de soi au regard des autres, et notamment des résidents, une acceptation d'appartenir à la grande famille des demandeurs d'asile, une appropriation de ces traits, un sentiment d'appartenance renforcé par un ancrage territorial sécuritaire qui manquait depuis la fuite (Guilbert, 2005) : « leur existence se fonde sur la perte d'un lieu, auquel étaient attachés des attributs d'identité, de relation et de mémoire, et sur l'absence d'une nouvelle place sociale » (Agier, 2002 : 55). Ainsi l'appropriation de Projet Refuge comme d'une famille résulte d'une stratégie identitaire permettant à l'individu de se légitimer une place au sein d'un groupe social particulier et par là même de se recréer un réseau social (Taboada-Leonetti, 1990). La satisfaction exprimée laisse penser une sécurité affective trouvée au bout d'un parcours du combattant, que nous interrogerons ultérieurement.

Toutefois, si ces liens forts ont des effets bénéfiques, notamment la concentration des sources d'information et donc la facilité d'y accéder, ils peuvent aussi avoir un effet de barrières à l'émancipation et à l'autonomie, contrairement aux liens faibles qui encouragent la diversification des réseaux sociaux et prennent alors la forme de passerelles vers la société d'accueil (Carrasco *et al.*, 1999 : 74). Or Projet Refuge est à la croisée de nombreux chemins semés d'embûches, au rétablissement d'une continuité entre la vie passée et la vie future, substitution de la famille et créateur de sens (Moreau *et al.*, 1999). C'est aussi en contrepartie un lieu qui peut enfermer à son tour ceux qui s'y attardent et s'y attachent trop. Si tous les participants à l'étude apprécient la stabilité spatiale de ce lieu d'hébergement, c'est au terme d'un parcours du combattant qu'ils éprouvent enfin ce sentiment d'appartenance. En moyenne, les participants à l'étude avaient fréquenté quatre lieux de passage avant d'arriver à Projet Refuge. La recherche de réseaux d'aide est constituée de multiples allers-retours entre les organismes communautaires : des passages obligés, des impasses et finalement ce lieu pour se retrouver, ce lieu auquel s'identifier, ce lieu de sécurité, comme une famille alternative.

L'objectif des prochains paragraphes est de raconter le passage d'une famille biologique à une famille communautaire, les différentes manières d'en arriver là, de trouver

une stabilité parfois échappée depuis plusieurs mois, l'élaboration progressive des réseaux de soutien et d'entraide propices à la capacité d'aller de l'avant et de s'adapter à une nouvelle réalité. Car choisir une destination influence évidemment le voyage. Il en aurait été différent, avec une autre direction. Il en est toujours autrement, au fil des réorientations. Différent et autrement que ce qu'il aurait pu être. Et de ce qu'il ne sera pas. Étudier ces choix, les premiers et les suivants, permet de saisir les stratégies de déplacement facilitant l'établissement.

4.1.2. DÉLIAISONS INTIMES

Thanks to my mother I'm still alive. And then... my mother... died... and I was not with her... Joseph est en larmes.

À l'image de Fortin et Renaud (2004), cette partie sera l'occasion d'étudier, dans un premier temps les étapes du processus de socialisation dans la société hôte, et dans un second temps les impacts de la socialisation sur les stratégies d'établissement. On entend par socialisation le processus d'adaptation d'un individu en terre étrangère, par la compréhension des subtilités de la société d'accueil (règles, normes, us et coutumes) et les interactions sociales qui permettent au réfugié de se reconstituer progressivement un réseau social confortable (Khellil, 2005). En tant que réseau social proche, « la famille constitue donc un ancrage identitaire qui permet de jeter un pont entre l'avant et l'après, qui sert de pierre angulaire à la possibilité de penser un nouveau projet » (Rousseau *et al.*, 1999 : 591). Alors si pour être, un individu a besoin de la reconnaissance de ceux qui l'entourent, la perte de la famille, comme le dernier lien qui fait quelqu'un, plonge le demandeur d'asile dans une grande solitude, le déracinant de ses attaches identitaires les plus profondes, pour le catapulte dans un monde qui le dessine, par défaut, comme étranger. La souffrance de proches est souvent pire qu'une souffrance personnelle, le bien-être de la famille est souvent une priorité (Arsenault, 2009), par exemple, dans leur étude sur les réfugiés du Congo-Kinshasa installés au Canada, les chercheurs relèvent que « les traumatismes vécus par la famille semblent influencer plus nettement l'état émotionnel des réfugiés que les traumatismes personnels qui, eux, ne paraissent avoir un impact que lorsque la famille est

encore séparée, devenant plutôt une source de force après la réunification familiale » (Rousseau *et al.*, 1999 : 588). Ainsi la séparation familiale a un impact négatif sur le niveau de détresse des demandeurs d'asile, illustré par la culpabilité de survivre loin de la famille, l'angoisse de représailles, l'incertitude de les revoir un jour, opérant un transfert de l'expérience collective vers une grande solitude qui désoriente (Moreau *et al.*, 1999 ; Meintel, 1998) et entrave les capacités d'adaptation à cette nouvelle réalité.

Tous les résidents interrogés à Projet Refuge sont arrivés seuls à Montréal et ont trouvé en Projet Refuge une famille communautaire qui sert de transition entre le statut temporaire et le statut permanent. Afin de comprendre leur cheminement, il s'agit d'interroger les bases du déracinement. De quelle manière le passé se réactualise-t-il dans leur bouche, comment traduisent-ils les conséquences de la perte de leurs attaches ?

La tristesse dans sa voix, la lenteur de ses paroles, les points de suspension, les soupirs, attestent de la nostalgie de ce répondant.

At times you are confused. Ya you are confused. It's like you're actually choosing to abandon where you were living, abandoning your family, for some time, and then staying somewhere because you want to stay alive and so on. And when people were rushing looking for me here and there, I was applying to leave, and when I successfully left, I was alive – Amadou.

Solitude. Choc culturel. Confusion. La notion de perte, qui glisse vers un sentiment de manque, une fois arrivé en terre d'accueil. « Alors que les hommes se déplacent seuls, les femmes et les enfants sont souvent laissés derrière, parfois cachés dans leur pays d'origine, parfois dans un pays tiers où ils ne disposent plus de la protection de leur mari ou de leur père et n'ont plus les moyens financiers d'assurer leur survie » (Lacroix, 2004 : 51). Bien que tous ne mentionnent pas une famille, un certain manque se fait toujours sentir, en référence tant à des relations sociales qu'à des liens matériels et culturels.

It was anxious... Because, considering the way you leave your country you don't have that much support, so it was very difficult – Laurent.

Perte de ses attaches et perte progressive de soi sont les deux catégories de références au passé qui se détachent de ces témoignages. Les souvenirs situés dans le pays d'origine, tels que les références à la famille, le mode de vie, et la mention toujours très floue d'un évènement déclencheur difficile voire nuisible. « Il faut aussi tenir compte de l'importance du degré de fragmentation familiale [...] de la rupture soudaine des relations primaires, ainsi que du fait, mentionné plus haut, que l'émigration due à des raisons politiques ne fait pas partie des plans et projets personnels et familiaux tels que se marier, avoir des enfants, etc. » (Meintel, 1998 : 61).

Déçu peut-être. Oui, déçu. [...] Parce que c'était pas ça mes plans, j'avais un plan que j'avais déjà établi d'aller à l'université pour 4 ans, avoir un job, acquérir de l'expérience, retourner chez moi, travailler avec ma famille – Momar.

Par la suite viennent les remémorations induites par un choc culturel, c'est-à-dire les récits situés, cette fois-ci, dans leur lien avec les processus auxquels ils sont soumis dans le pays d'arrivée. Perdus, ne sachant plus où aller, comment se comporter, comment réagir, comment reprendre possession de leur propre personne.

Les Blancs dans les rues ne répondent pas quand on les salue. Dans mon pays, tu ne peux pas t'asseoir à côté de quelqu'un dans un autobus sans dire bonjour. J'ai eu du mal à me débarrasser de cette habitude, et je me sentais ridicule – Éric.

Ne pas avoir le choix, de partir ou en tout cas de ne pas rester. Ne pas avoir le choix non plus de prendre la première destination accueillante, faute de mieux, par défaut. Fuir tout en sachant que tout ce qui reste ne sera plus, et fuir quand même, parce que l'unique choix à faire est de vivre. Le pont est tombé.

Toutefois, les études montrent que des stratégies adaptatives sont mises en place par les immigrants pour adoucir le choc culturel lié au déplacement. Si les migrants économiques sont attirés par le faible taux de chômage ou la générosité des salaires, les réfugiés vont privilégier le regroupement ethnique et la proximité linguistique. Au Canada, le regroupement ethnique semble moins recherché lorsque l'immigrant parle la langue du

pays hôte (McDonald, 2004), cette proximité linguistique se présentant alors comme un facteur atténuant l'inconnu. Par contre, la connaissance de la langue hôte n'est pas une caractéristique des regroupements ethniques (Bauer, 2002 : 2), et une troisième variable entre en ligne de compte. En plus des effets économiques et démographiques de l'installation, les réfugiés recherchent la proximité d'une population immigrante au sein d'une large population totale. L'insignifiance de la variable économique dans le cas des réfugiés résulte probablement du fait qu'ils ont rarement le choix de leur première destination (Akbari et Harrington, 2007). De plus, à ces ressources culturelles s'ajoute l'assurance d'une plus grande tolérance de la part de la société d'accueil, qui accueille des réfugiés de manière récurrente, qui a de l'expérience dans la mise en place des outils spécialisés pour les recevoir, l'idée également d'une meilleure organisation des services à leur endroit, dans une société rodée à répondre à ces défis. « Ce sont ces ressources, à la fois financières et humaines, notamment la connaissance des réseaux migratoires ou les liens précédemment noués avec un pays étranger, qui déterminent en grande partie la destination » (Caselli *et al.*, 2003 : 134).

En interrogeant les demandeurs d'asile sur les défis de l'arrivée à Montréal, deux grandes tendances corroborent ces données et les précisent. La proximité linguistique est effectivement un facteur déterminant pour certains, car sur les 10 participants, deux parlent le français et cinq l'anglais couramment. Les trois autres se débrouillent avec des bases d'anglais appris dans la rue. La réalité francophone du Québec amène donc l'exploration des lieux de passage. En effet, pour certains, le Québec n'était pas la première destination d'immigration, notamment pour trois anglophones qui sont passés par d'autres provinces du Canada. Par exemple, Amadou est anglophone et sa première destination était une province anglophone du Canada. Ousmane vient d'Afrique de l'Ouest. Il maîtrise l'anglais et l'espagnol. Avant d'atterrir à Montréal, il est passé par deux pays hispanophones d'Amérique Centrale. Éric est passé par Montréal pour rejoindre Edmonton, sa première destination d'immigration :

Après le passage de la frontière de l'Ontario, le service était seulement en anglais ! J'étais perdu. Et je me sentais naïf ... Finalement, Montréal c'était mieux – Éric.

De plus, pour la moitié des participants, la présence de contacts sur place semble avoir influencé le choix : un ami, un ami d'ami, une référence lointaine, qu'ils ont chacun rencontré depuis leur arrivée. Parmi eux, on compte un francophone, deux anglophones et deux allophones. Et pour quatre d'entre eux le Québec était la première destination d'immigration. Aussi, ils sont deux à avoir affirmé qu'ils ne connaissaient personne sur place, et les données sont inexistantes pour les trois participants restants. Ajoutons finalement à cela deux autres participants qui ont rencontré des membres de leur communauté d'origine, une fois arrivés au Canada.

La quête du connu dans le processus d'immigration semble s'opérer ainsi à travers un maintien linguistique, par le biais d'une proximité de langage ou, le cas échéant, par la présence de contacts, à la fois derniers liens « connus », et potentiels médiateurs avec la société d'accueil. La prochaine rubrique se penchera sur les attentes vis-à-vis de ces contacts, et sur la relation effective.

4.1.3. TRAJECTOIRE DÉSAPOINTÉE

I know a couple of people. They are not like my friends, they are friends of friends. So when I called them, they gave me their phone number and then... – Laurent.

La présence de contacts sur place rétablit donc une certaine familiarité au sein d'une société totalement inconnue. On peut se demander si leur mobilisation n'est pas la tentative de réitérer une certaine sécurité affective de la part du demandeur d'asile, qui perd ses attaches et cherche à s'en recréer de nouvelles. Pour les nouveaux arrivants en général, ce sont de potentielles ressources financières, pouvant offrir un support personnel, aider à trouver abri et travail, et réduire le stress de la relocalisation en terre étrangère, sources d'information et de conseils (Bauer *et al.*, 2002 ; McDonald, 2004). Aide à l'installation, facilitateur d'adaptation à la société d'accueil sont donc les attentes principales envers les contacts. Toutefois, les requérants au statut de réfugié sont une population particulière d'immigrants et autour de leur personne règnent un certain nombre de préjugés au sein de

la société d'accueil. « Representation is a complex business and, especially when dealing with 'difference', it engages feelings, attitudes and emotions and it mobilizes fears and anxieties in the viewer, at deeper levels than we can explain in a simple, common-sense way » (Hall, 1997 : 226), le tout influençant les orientations des représentés.

D'ailleurs, parmi les sept participants qui avaient un contact, seulement deux ont maintenu la relation avec leurs contacts au fil de leur séjour.

C'était cool parce que comme... toute sa famille était ici, on se connaissait depuis le [pays d'origine], mon meilleur ami d'enfance on était tout le temps ensemble quand on était petits. Et même quand il a voyagé on gardait le contact aussi, on se parlait des fois au téléphone, so c'était de bonnes retrouvailles... Actuellement il est [dans une autre province du Canada], il travaille là-bas, mais on se parle très souvent, là. Lui, c'est mon... c'est mon ami. Oui lui je pense c'est le seul ami que j'aie actuellement au Canada. Oui, en tout temps je peux compter sur lui. – Momar.

Les autres s'en sont distanciés, la question maintenant est de savoir pourquoi. Il s'agit de contacts indirects, d'inconnus référés pas des connus. La distanciation voire la rupture de liens semble découler d'un manque de confiance, dans les deux sens. Tantôt trahison, tantôt peur, tantôt frustration, selon les rejetés. Les personnes interrogées identifient plusieurs facteurs à l'origine de l'abandon de la part des contacts.

When I arrived here, the friend picked me from the airport, took me to the house. But the friend, I don't know what he was afraid of since I had to file in, for the refugee claimant... So when I was about to file in, the friend did not want me to stay with him, not to use anything cause... and so on... so he didn't want me... so I left. – Amadou.

Pour certains, il s'agissait d'une peur implicite du statut précaire du demandeur d'asile. Pour d'autres, c'est un manque d'intérêt et une distance de leur réalité qui est en cause. Souvent les relations que les demandeurs d'asile ont à leur arrivée dans le pays d'accueil ne sont pas sensibilisés aux problèmes spécifiques de ce type d'immigration, et les migrants se font donner de fausses informations, sont victimes d'idées reçues à leur égard.

I met some people in detention they said people never go for hearing from the detention center, I was like, I think... yes it was quite difficult for me preparing myself going for the hearing. I found the challenge in that there was so hard... - Ousmane.

... Pretty much they didn't have anything to do with my situation or what I went through here in Montreal. And there is a lot of information out there that people don't know. You might know people in your community, but they are limited. They don't give you the full information, they tell oh, you can do this and do that, but where would you go to do it, they don't even know the address – Laurent.

Les personnes de même origine nationale ne sont pas nécessairement au fait de la situation politique envers les demandeurs d'asile et leur manque de sensibilisation peut apporter une certaine frustration, l'impression d'être rejeté, voire abandonné. Si l'on voit clairement la déception face à un manque de support sur lequel on comptait par ailleurs, on peut également parler de l'errance identitaire, et du besoin vital de se détacher d'un entourage nuisible, car associé à une certaine criminalité.

Because he was a [...] friend [from my country] and has some friends in Montréal. I went from this guy and by for me the ticket here. I go to PRAIDA because I live in the street for one month you know and... because my friend he steal my document and everything, everything, everything. Because a house party and everything, and after I'm for my money and I don't know why, and he steal. Next day I wake up and search the money and everything, and the proprietary come we need to leave your room everything and after he go to it... Because it's money you know. Every [...] people [from my country] here [was] crazy before – Boris.

Ces relations malsaines viennent perturber davantage l'inconfort que les demandeurs d'asile peuvent avoir de leur propre personne, par le rejet dont ils sont victimes, validant parfois par leurs préjugés l'image que la société d'accueil a d'eux. La notion de peur revient dans plusieurs témoignages, la perte de confiance en ces dernières attaches, et par conséquent en soi-même est un facteur de vulnérabilité dite relationnelle : les ayant perdus, « le démantèlement des instances de protection primaire » (Cohen, 1997 : 2) engendre une

désaffiliation totale, puisqu'à cette étape de leur vie, plus personne ne les reconnaît. En plus d'une quête de support, c'est une quête identitaire dans laquelle s'engagent les requérants au statut de réfugié, une quête de reconnaissance.

Demandeur d'asile. C'est l'image que la société internationale a, de ces personnes déracinées, sans terre ni société. C'est aussi en filigrane l'identité temporaire de chaque individu charriant dans son parcours des histoires complexes et uniques, et qui se définit en fonction du regard des autres : de la place qu'il vide au sein de sa communauté d'origine, des personnes qui l'accompagnent et de celles qu'il laisse sur place, des personnes qui vont le recevoir, du statut qui lui est réservé, du bagage culturel et émotif qu'il apporte avec lui, et qui se modifie au gré des rencontres, des politiques, enfin, par lesquelles il va devoir faire ses preuves pour être, pour exister en tant maintenant que réfugié. Chaque groupe a tendance, pour se définir, à se comparer aux autres, encore et toujours, à définir en fonction d'eux des normes en exposant les exceptions.

Chaque personne rencontrée sur son passage façonne l'individu, inévitablement, par le regard qu'il pose sur son être. Ainsi les rôles sociaux se définissent en fonction des interactions, mais tiennent compte également des négociations, des intériorisations et des contestations des uns et des autres (Taboada-Leonetti, 1990). Les choix concrétisent ces pérégrinations identitaires, les lieux de passage retiennent et écartent certains traits, les fréquentations plus longues précisent les visages. Bien vite les réfugiés s'écartent de ces contacts décevants, pour se diriger vers d'autres ressources. À ce moment-là, on peut dire qu'ils sont vulnérables.

Au bout du parcours, Projet Refuge est un espace identitaire où les individus ont une possibilité de participation qui leur convient, une communauté dans laquelle ils se reconnaissent et reconstituent des liens forts, aussi forts que ceux d'une famille.

But if you come to a place like this, if you have questions, you have somebody do help you, you have phone calls to make, then they tell you

where to go and for what address and, you know. So it was very helpful –
Laurent.

« Ma suggestion est de pénétrer cet univers en considérant le parcours de l'aide et de l'exil comme une traversée de lieux au sein d'un circuit plus ou moins serré reliant le global et le local et modelant les identités » (Saillant, 2007 : 69). Car recherche d'une stabilité rime ici avec recherche d'une identité. Si cette première partie présentait les deux extrémités du parcours, partant du lieu d'intégration pour interroger brutalement la désaffiliation parallèlement aux témoignages qu'ils m'ont livrés, la seconde partie de ce chapitre plonge au cœur de l'itinéraire de socialisation, respectant la chronologie des événements.

4.2. GÉOLE IDENTITAIRE

So... en ce temps-là, comme je pouvais plus supporter de vivre certaines... épreuves, certaines expériences. J'étais souvent hanté par l'envie de juste comme... tout finir. Mettre fin à tout, comme... comme ça y'aura plus de souffrance, y'aura plus comme... à penser à ma fille, à tous les problèmes qui vont venir après quand je vais retourner [dans mon pays]. – Momar.

Cette seconde partie abordera la vulnérabilité de cet entre-deux, explorant ses occasions de s'exprimer et ses opportunités de s'effacer. Explorer l'itinéraire migratoire, quelque peu chaotique, entre la désaffiliation et l'intégration, et non pas, dans ce cas, le contraire (Cohen, 1997), l'entre-deux situé entre l'exil et le refuge, permettra de nuancer le trait, et de dévoiler son potentiel de non réalisation.

Dans un parcours linéaire, la vulnérabilité se déplace donc en même temps que le corps qui la porte avec lui, se transforme en fonction de l'environnement physique et social, prend d'autres formes, parfois, s'atténue, en d'autres circonstances. S'il a été discuté des choix initiaux de destination, une fois sur place les changements de direction sont aussi

révélateurs de tentatives de réajustements. Il s'agit maintenant d'interroger les stratégies de déplacement dans le temps de l'attente et de l'incertitude, où les gens se cherchent et bougent au gré des rencontres et des opportunités. Ayant laissé derrière eux leur famille, déçus par les contacts, n'ayant pas encore mis les pieds à Projet Refuge, « quelles ressources mobiliser, et comment les mobiliser, en état de déprivation matérielle et symbolique ? » (Châtel et Soulet, 2003 : XI).

Retracer des parcours de vie n'est pas chose aisée pour des gens qui essayent d'aller de l'avant, sans trop regarder en arrière. C'est un exercice rétroactif, éléments en main, comme un puzzle à reconstituer. Les entrevues sont souvent l'occasion pour les demandeurs d'asile de replacer les événements les uns après les autres, et les questions ont permis d'insérer de plus en plus d'éléments contextuels, car les répondants font des allers-retours, des événements oubliés resurgissent et viennent prendre leur place parmi tant d'autres. Parfois pourtant, la confusion se fait sentir et pour certains, la chronologie n'est plus claire. Dans un premier temps nous remettons en ordre les lieux traversés, avant d'interroger, dans un second temps, les facteurs psychologiques de l'attente, pour tenter, enfin, de comprendre pourquoi ils n'y sont pas restés.

4.2.1. VAGABONDAGE ALTERNATIF

Because when you arrive here by yourself, you don't even know who to ask what. – Laurent.

Ainsi rejetés dès leur arrivée, démunis et dépourvus de ressources, beaucoup ont erré, d'organismes en organismes, en passant bien souvent par la rue. « Le premier jour est décrit en termes de procédures administratives, de figures multiples, de scènes fugitives et de transit d'un lieu à l'autre. De la description que font des réfugiés de ces premiers moments se dégagent des éléments d'inconnu, d'étrangeté, d'anonymat » (Saillant, 2007 : 76). Suivons quelques pérégrinations.

Venu d'Europe de l'Est, ne parlant pas un mot de français, s'exprimant avec un anglais appris dans la rue, le parcours de Boris fut semé d'embûches. Un de ses amis lui a payé un billet pour venir au Canada, et lui a donné le contact d'amis à Montréal qui pourraient l'héberger. Il s'est fait voler ses papiers, et s'est retrouvé à la rue, pendant 1 mois. L'ordre des événements est flou, toujours est-il qu'il ne s'est pas présenté à l'audience, car ne connaissait pas la date. Puis il est allé chercher de l'aide au PRAIDA, qui l'a envoyé au Refuge des Jeunes sur la rue Sainte-Catherine Est, qui l'a finalement envoyé à Projet Refuge. Cela fait 3 ans qu'il est au Canada, sans statut, en appel, et sans aucune confiance :

And I can't move. Because my file is closed you know. So I can't move – Boris.

Et d'autres ont aussi beaucoup voyagé. Les lieux de passage sont variés, qu'il s'agisse de pays, de provinces, de villes, ou encore d'organismes communautaires et autres espaces de survie. De leur pays au lieu de rencontre, le plus rapide a traversé quatre espaces, le plus lent s'est déplacé neuf fois. En moyenne, on comptabilise six lieux de résidence par personne. Ces données sont absentes pour trois répondants. Sur les 10 participants, 8 ont demandé l'asile dès leur arrivée à Montréal, et le Québec n'était pas le premier choix de destination pour deux d'entre eux, qui ont fréquenté d'autres pays avant le Canada, ou d'autres provinces avant le Québec. Les deux autres sont passés par des chemins détournés, le premier avec un visa étudiant, le second avec un permis de visiteur, présentant une demande d'asile quelques mois après leur arrivée. L'errance semble ainsi se superposer à la prévoyance du lieu d'arrivée, et ceux pour qui le chemin a bifurqué ont tendance à chercher des réajustements plus fréquemment. Car si l'on s'intéresse au nombre de déplacements entre la présentation de la demande et l'audience, il est assez uniforme dans le groupe. Toutefois, une distinction se dévoile post-audience, parmi les résidents interrogés à Projet Refuge : les réfugiés acceptés témoignent de démarches de recherche de travail, de logement et de stabilité tandis que les réfugiés refusés ont fréquenté au moins trois lieux de passage depuis leur audience.

Aussi, si l'on regarde la fréquentation des différents lieux de passage, plusieurs espaces sont récurrents. Mentionnons tout d'abord le centre de détention, où trois des dix

répondants ont séjourné, plus ou moins longtemps : six mois pour Ousmane qui n'avait pas de preuve d'identité :

It was identity problems because when I arrived here, I actually didn't come with any identity, I didn't know it was necessary, I didn't have any identity. The only identity I came with was my birth certificate which immigration said it was not ok for them – Ousmane.

Deux semaines, dans le cas d'Éric, arrêté pour statut illégal au Canada, et deux jours, lorsque Laurent est sorti de l'avion. L'un d'eux parle d'une expérience positive qui lui a permis de savoir enfin comment mener ses procédures grâce à la prise en charge de son cas par les intervenants du centre de détention.

Après une semaine le colocataire voulait plus que je reste. Je me suis retrouvé dans la rue, sans argent. On m'a dit qu'au métro Namur, des voitures amènent les travailleurs ouvriers dans des fermes. Mais on était trop près de la frontière [...]. Depuis que je suis allé en prison, c'est comme une renaissance, parce que je sais enfin où je vais, ce que je dois faire – Éric.

Il a été intercepté à la frontière où il allait travailler avec un groupe d'immigrants irréguliers. Les deux autres, détenus dès leur arrivée à l'aéroport pour vérification d'identité, se souviennent d'une expérience douloureuse, parlant d'anxiété, d'un défi difficile dans le sens où les idées reçues en détention sont négatives, c'est-à-dire que tout le monde pense qu'il n'y a déjà plus d'issue. Cette forte représentation de détenus à Projet Refuge n'est pas significative au sein de la population de demandeurs d'asile arrivés au Canada, puisque seulement une minorité sont détenus à l'arrivée (Collin et Jimenez, 2013). Le fait est que Projet Refuge est un organisme de transition et que la résidence en son sein est souvent une condition de la libération. Ceci a pour conséquence la réduction des lieux de passage entre le centre de détention et Projet Refuge. Au Québec, « dans plus de 95% des cas, les demandeurs d'asile sont détenus parce qu'un agent d'immigration a des doutes sur leurs documents d'identité ou qu'il croit qu'ils ne se présenteront pas aux procédures d'immigration. Moins de 5% des demandeurs d'asile détenus sont soupçonnés de criminalité, de risques pour la sécurité ou de danger pour le public » (Cleveland *et al.*,

2012 : 1). Les recherches montrent que la détention est un facteur de stress supplémentaire qui a des impacts négatifs sur la santé mentale des détenus : dépression, anxiété, stress post-traumatique (Cleveland *et al.*, 2012). Impuissance, incertitude, isolement et humiliation, sont des sentiments susceptibles de mener à une re-traumatisation, due au rejet de leur personne, soupçonnés d'être des criminels, jusqu'à preuve du contraire, restant à gagner la confiance du représentant hôte, le jour de l'audience.

Aussi, les sept autres répondants ont été reçus au PRAIDA entre leur demande et leur audience, ce qui eut pour principal impact l'orientation vers un organisme communautaire, dans tous les cas. S'agissant d'un programme chapeauté par les politiques québécoises, le PRAIDA est la première référence fournie aux demandeurs d'asile dès leur arrivée sur le sol montréalais. Les intervenants s'occupent ensuite de rediriger ceux qui ne répondent pas aux critères d'admission vers d'autres organismes. Toutefois, ceux qui ont été redirigés vers Old Brewery Mission témoignent d'une insatisfaction et de la crainte de se voir assimilés à des itinérants, ne se reconnaissant pas dans cette réalité.

So PRAIDA gave me a list of some places but they told me that the places were not good, that I can only go there if it is the last resort, if things were at that worse. Then when I went back at my friend, he sent me out of the house. So I... in a lot of confusion, I pass some time around some metros one week, ya and then... one day, I met a guy, who came from this Old Brewery Mission, I explained to him and so he told me to go to Old Brewery Mission. [...] In Old Brewery there are not asylum seekers, there are some sort of destitute, drug addicts and so on. I didn't want the influence, I was already, you know I was already associated with them. So I had already seen myself in trouble... then I left. – Amadou.

L'errance spatiale reflète donc le besoin de se constituer un cercle social, et l'on constate, en filigrane, que les organismes communautaires constituent un réseau complexe, un réseau que les réfugiés n'hésitent pas à mobiliser, mais également un réseau de ressources, plus ou moins appréciées. C'est ainsi que sur le revers de la médaille, un répondant témoigne de l'angoisse d'une mauvaise influence au sein d'un organisme au service de l'itinérance, conjuguée au stress d'être identifié à des sans-abris, soit, dans son

imaginaire, à des délinquants. « Les souffrances originelles [...] se trouvent souvent approfondies au cours d'un trajet qui fait de l'errance une existence blessante » (Agier, 2002 : 47). Les institutions non spécialisées sur le cas des demandeurs d'asile sont parfois rejetées par ces derniers, qui justifient cette mise à distance rapide par le refus d'une assimilation identitaire. Ce témoignage illustre la façon dont les représentations de l'autre influencent l'identité d'un individu, par comparaison positive ou négative. Old Brewery Mission et Refuge des Jeunes de Montréal sont des organismes communautaires au service de l'itinérance, en général, et les demandeurs d'asile refusent d'y être associés. Certains préfèrent vivre dans la rue plutôt que dans un environnement auquel ils ne s'identifient pas. « Les personnes qui ont subi ces réalités ne souhaitent pas être réduites à l'état de victime. Les intervenants en sont conscients et travaillent en quelque sorte dans la marge étroite de la reconnaissance de la souffrance du passé et de la force de pouvoir-devenir » (Saillant, 2007 : 81), à condition qu'ils soient spécialisés dans la cause de ce groupe. Projet Refuge est un organisme qui propose des services d'hébergement et d'accompagnement, pour les demandeurs d'asile et réfugiés spécifiquement, où chacun est dans ses démarches, mais où tout le monde vit les mêmes procédures juridiques, et où les conseils peuvent circuler. « L'expérience de l'accueil combine de ce point de vue le sentiment de se situer dans un ailleurs dépersonnalisé et, en même temps, dans un espace et des interactions de rapprochement » (Saillant, 2007 : 76). Et si l'on a parlé de vagabondage spatial, il faut constater qu'il se conjugue intimement à un vagabondage identitaire, puisque la stabilité spatiale semble se rapprocher d'une satisfaction relationnelle.

4.2.2. COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE

*I'll ask Sarah ! She is the nurse ! The doctor and the insurance agent !
Hihihihihihihihhi ! – Laurent.*

L'État et les citoyens de la société d'accueil participent de la vulnérabilité des demandeurs d'asile par les représentations qu'ils s'en font et dont découle l'accueil qu'ils leur réservent. Les organismes communautaires, par leur engagement sur la scène publique, contribuent aux représentations que la société se fait de leurs protégés : « les clientèles

défendues peuvent être présentées comme des sous-groupes victimes de discrimination et d'une stigmatisation de la part du reste de la société » (Massé, 2004 : 310). Les organismes communautaires, en tant qu'« espaces moraux », ont pourtant réactualisé les discours éthiques de justice sociale, et les intervenants se représentent comme « celui qui donne en faisant vivre la capacité d'agir de l'autre » (Saillant, 2007 : 83). Sans renier l'utilité des organismes communautaires, mais plutôt dans une perspective d'enrichissement, c'est cette possibilité de participation sociale des représentés sur laquelle s'attarde cette rubrique. En effet, si des conditions de vie difficiles peuvent compliquer le processus de guérison, si raconter une histoire transformée pour calquer à une identité toute faite peut être source de re-traumatisation, à l'inverse, des circonstances favorables à l'obtention d'une place dans la société peuvent influencer positivement l'état de santé de la personne. Or la place sociale passe avant tout par une reconnaissance de l'identité, et l'issue positive de l'audience officialise le statut de réfugié. Aussi, ceux qui ont rencontré un professionnel de la santé ont apprécié l'écoute qui leur a été prodiguée, alors que ceux qui n'ont pas rencontré restent avec des préjugés concernant le système de santé.

Néanmoins, après avoir délimité cette situation dans les chapitres précédents, il faudrait maintenant regarder en ses contours, si la vulnérabilité y est toujours. Car la constitution d'un réseau efficace et fiable de ressources est un transmetteur d'informations, et l'appartenance à une communauté respectueuse comme un espace thérapeutique permet de passer de la dépendance à l'autonomie, de reprendre possession de soi, peut-être même d'une place sociale (Saillant *et al.*, 2004). En fonction de leur expérience du système de santé, chacun a des ressources en cas de récurrence. « La santé est de plus en plus emmêlée dans un complexe ensemble de politiques économiques, de relations internationales, de mobilité de populations, voire de nouveaux systèmes parallèles de santé » (Massé, 2010 : 3). Ces témoignages transmettent l'importance d'un réseau fiable et de liens forts dans la transmission et assimilation des informations.

Quand j'ai commencé à... un peu déconner, ils sont venus me parler, ils m'ont demandé si je voulais aller à l'hôpital, j'ai dit ok. Et j'ai été admis là-bas – Momar.

Deux constats ressortent de ces témoignages. Premièrement, l'attachement aux liens, ceux que l'on entretient, est associé à la fiabilité des informations. Autrement dit, les liens

intéressants perdurent plus longtemps alors que les liens qui n'aident pas s'étoffent rapidement. Ce témoignage d'Ousmane explicite bien la réalité des demandeurs d'asile : la prise en charge par une ressource officielle de la société d'accueil facilite l'accès à de l'information.

Like, when you come into contact with a social service, that is where you can easily get information but when you don't do it, it's really difficult for you to have the information – Ousmane.

Relevons ici plusieurs discours. Les demandeurs d'asile transmettent dans certains cas les dires de contacts qu'ils avaient sur place, et l'un d'entre eux déplore la méconnaissance de la réalité des demandeurs d'asile. On peut expliquer cela du fait que le statut de demandeur d'asile est un statut bien particulier parmi les identités migrantes. Rajoutons également que les récents changements dans les politiques et dans la couverture de santé ont engendré une série de bouleversement de la réalité des demandeurs d'asile, et que la complexité des nouvelles sous-catégorisations reste ambiguë pour beaucoup.

And there is a lot of information out there that people don't know you might know people in your community, but they are limited. They don't give you the full information, they tell oh, you can do this and do that, but where would you go to do it, they don't even know the address. – Laurent.

Ainsi les informations fournies par les réseaux d'entraide tels que la famille et les amis ne sont pas toujours à jour (PRAIDA, UNHCR & YMCA 2013). C'est alors que les ressources officielles, qui entretiennent moins des liens forts que des liens d'intérêt, prennent le relais et deviennent des ressources fiables et facilitatrices d'accès à de l'information, et à des soins. Ainsi les recherches montrent l'importance des réseaux sociaux dans l'orientation des comportements sanitaires, qu'ils engagent des liens forts ou faibles (Deri, 2005 ; Devillanova, 2007 ; Hyndman, 2015). En effet, ces réseaux, ces contacts disponibles, prodiguent toutes sortes d'informations complémentaires qui peuvent orienter l'individu vers telle ou telle ressource, combler l'aspect financier, pallier aux difficultés de communication.

Mais on peut aller plus loin et mener ce second constat. En effet, les résidents de Projet Refuge soulignent les bienfaits de se retrouver dans un endroit où l'on peut s'identifier et aller de l'avant, avoir assez de stabilité pour décider de se prendre en main, d'arrêter de fumer, de s'inscrire à des cours de français, une opportunité de démontrer son envie de s'insérer dans la communauté québécoise, de se reconstruire une vie en son sein, et d'en faire partie.

Actuellement... je m'occupe plus de moi. Comme... je passe mes journées comme ces derniers temps-ci là, je me battais avec la cigarette, comme... you know... Et je cherche aussi du travail. Et j'ai eu pas mal comme... deux, trois travaux que j'avais déjà fait les formations, mais... à cause de mon casier judiciaire, so... chaque fois, quand ils vont faire l'enquête pour les antécédents judiciaires, ils me reviennent que je dois attendre d'avoir comme l'absolution totale – Momar.

It was after I was out of the detention center I started meeting people from my country. I registered with them, going for the meetings, and all the rest. Ya. ... is a Member of the association of ... in Québec. It's my community association. And I applied to go for French class... In ALPA²². Along Pie IX [une rue de Montréal], ya. So but... when I went they had already finish for the... I think the... registrations. I have to register for... I have to register for September. So within the time I was waiting for the French class, I was looking for a voluntarian work, to do, but I couldn't. then... but in September I started my French class. Then I have been going for the French class. – Ousmane.

L'audience, attendue et le plus souvent vécue à Projet Refuge, est le moment où l'errance identitaire s'arrête officiellement, et où la vie se stabilise, à condition d'être reconnu comme un réfugié. Les autres continuent leurs allers-retours, bien souvent, en appel ou attendant la date de leur renvoi définitif. À travers les témoignages, on décèle dans les récits des réfugiés un désir d'aller de l'avant, beaucoup sont très renseignés sur ce qu'il leur reste à faire. On sent également beaucoup de frustration dans la bouche de ceux qui

²² Accueil Liaison pour Arrivants, organisme sans but lucratif situé à Montréal : <http://www.alpaong.com/>

n'ont pas encore été convoqués, frustration d'attendre, et de ceux qui ont été refusés et qui ne savent apparemment pas quels sont leurs recours.

On plonge alors dans une spirale, cette fois davantage positive : à travers tous les témoignages mis en avant précédemment, deux constats ressortent, autorisant à garder espoir. Tout d'abord, et corroborant les travaux de plusieurs chercheurs (Deri, 2005 ; Devillanova, 2007), la force du réseau c'est-à-dire la confiance qu'on lui porte ainsi que son efficacité, permet une meilleure circulation des informations, évitant de tourner en rond, à se demander si oui ou non, on a le droit, et le pouvoir d'aller chercher des soins de santé. Ensuite, on constate également qu'avoir un réseau stable, un toit du moins, une famille si substitutive soit-elle, prévient les troubles de santé, en tout cas ceux reliés aux tourmentes identitaires.

C'est ce qu'on peut qualifier de communauté thérapeutique (Pocreau, 2013), dans le sens où Projet Refuge se veut un lieu de liens, permettant de maintenir la santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle (Wilson, 2003). La chercheuse prend pour exemple une population Première Nation et établit le lien primordial entre l'identité et la santé d'un côté, la terre (dans le sens de territoire) de l'autre et à leur image, la notion d'espace, de territoire, de lieu, est aussi au cœur de l'identité et de la santé du demandeur d'asile, qui dans sa définition même incorpore, cette fois-ci, le manque de ces deux notions qui par ailleurs semblent vitales. Dans la réalité de ces personnes déracinées, retrouver une maison mais aussi une famille, appartenir à un lieu et entretenir des liens identitaires aussi forts que ceux entretenus avec la communauté vivant autour et en Projet Refuge, est d'autant plus important que le territoire est au cœur de leurs enjeux de vie. Ce confort et cette confiance permettent, semble-t-il, de retrouver racine, de s'ancrer en cette communauté de demandeurs d'asile et de réfugiés, de se retrouver des attaches spatiales et relationnelles qui ne sont plus pathologiques, mais bien cicatrisantes, apaisantes et qui permettent de grandir.

4.2.3. BRICOLAGE REVITALISANT

I paint. The canvas is my wife. The paintings are my children. I will expose them in a few weeks at Concordia - Rashid.

Acceptés en tant que réfugiés, ou gardant toujours espoir, les répondants à l'étude ont démontré dans leurs témoignages l'importance de l'écoute et de la reconnaissance de leur personne et de leur histoire. C'est par cela que s'opère parfois la guérison d'un traumatisme, c'est par la livraison d'une histoire à un interlocuteur attentif et empathique, sans jugement. « La psychologie de la santé valorise par conséquent le fait de témoigner, de révéler les traumatismes et de raconter à nouveau les terribles événements en présence d'un autre empathique » (Kirmayer, 2002 : 754). Mon projet de recherche m'a amené une perspective nouvelle dans ce processus de réconciliation avec un soi valable, une perspective de reprise de pouvoir sur sa vie, par une attitude active, un élan de vitalité comme le décrit Jean-Bernard Pocreau (2013), une débrouillardise qui en a mené plusieurs dans des directions différentes. « Dans nos sociétés modernes, la réussite repose sur l'individu. Il se voit confier de nouveaux rôles, de nouvelles responsabilités pour lesquelles il n'est pas adéquatement préparé. Il doit continuellement réaménager ses règles de conduite pour évoluer correctement à l'intérieur de dynamiques environnementales changeantes » (Roy, 2008 : 26). Si l'autonomie est valorisée dans une société où les individus détiennent la responsabilité de leurs réussites et de leurs échecs, la quête de reconnaissance, le choix d'une place sociale, passent également par la démonstration d'un soi capable de s'investir dans la société d'accueil, de prendre une place, et l'on remarque que si ces outils se mettent en place à partir d'une certaine stabilité spatiale, pendant le temps d'attente, ils se perpétuent, parfois même après la décision finale de statut, si tant est qu'elle soit positive, comme un moyen d'auto-valorisation et de recouvrement d'un certain capital social. « Community engagement has been recognized as playing a central role in the well-being of individuals and communities » (Lay et Hynie, 2010 : 93). Interrogeons alors les prises de position au sein de la communauté, et de la société, dont les personnes interrogées ont fait preuve. « Il nous convient à examiner ces espaces de création et de recreation des liens dans des sociétés qui vivent d'une certaine manière le deuil de la communauté protectrice, unifiée et unificatrice » (Saillant et Gagnon, 2005 : 10).

Every Wednesday, now we help all the refugees to fill forms, and then we tell them ...Yeah. I meet a lot of refugees, ya. Because I don't have anything to do and actually ... I share... I work with Santropol Roulant, there we share food for all people too, I do that and I do the YMCA. I just want to keep myself busy. Instead of sit home and eat and sleep ...Now that I'll have my permanent residence I'll look for a job, but as I'll look for a job I'll still do my volunteer work at YMCA and Santropol – Laurent.

Parmi les 10 participants, quatre ont cherché à s'engager bénévolement et de manière récurrente dans un organisme communautaire d'aide aux réfugiés. Les trois qui ont trouvé de l'ouvrage se disent très satisfaits de leur expérience, qui à la fois les garde occupés et leur permet de se donner une certaine importance, une fonction légitime consistant à aider les suivants dans le besoin, à rendre ce qu'on leur a donné, pour reprendre les propos de Farid.

Yes I like it. Because I want to give back what they give me. I meet people and I go with them if they want, for social service – Farid.

Dans certains cas, le partage de leurs expériences de volontariat encourage d'autres résidents à s'impliquer. On constate cependant que les plus impliqués sont ceux qui ont obtenu un statut de réfugié, et ils projettent de poursuivre l'engagement, même lorsqu'ils auront trouvé du travail. En plus des quatre, au moins 3 autres ont participé à des actions isolées, accompagnant l'organisme Projet Refuge dans ses luttes.

But... one day I went to the YMCA but it wasn't... I... I went there to meet... to see if I can be able to do some volunteer work there. Ya I think they don't want but they... they didn't respond. Then after that I applied for... some volunteer work in various places you know... I was surprised that... none of them did recall. I keep on calling them, dropped message, wrote mails, with Sarah, none of them replied. I was like... let me go there, and see what they do because they say they have ... for refugee people, you see guys alone, you see guys under the rest of them. So... I... I went there to see you know... what I can do. Then I was... I was... I think the week that I came out from detention, we had the refugee day of something at the Olympic

Staduim, so I was there too, we organised some things... that day over there. So...
- Ousmane.

Les différents individus que l'exilé a rencontrés tout au long de sa trajectoire migratoire sont autant de miroirs de sa personne qu'il en existe de représentations. Les tribulations se ressemblent, de liens décousus en liens tissés. Et d'une manière générale, l'expression du stress, l'angoisse, les interrogations, les problèmes de santé sont exprimés avant cette phase de stabilisation spatiale. « Ces derniers trouvent dans leur vulnérabilité partagée le fil avec lequel ils peuvent tisser de nouveaux sociaux, mais aussi un lieu d'ancrages de principes éthiques normatifs qui prescrivent les actions justes et proscrivent les actions injustes » (Massé, 2004 : 315). La vulnérabilité semble s'atténuer avec la rencontre de la communauté de Projet Refuge.

Si la solitude qui suit directement la fuite place l'exilé face au reste du monde, l'instinct grégaire l'amène vers des liens connus, contacts de contacts, immigrés déjà installés en terre d'accueil, derniers liens fragiles avec leurs racines originelles. Ces contacts, déjà implantés depuis quelques années, n'échappent pas aux représentations dominantes envers les demandeurs d'asile, et sont bien vite délaissés, renvoyant les exilés à l'image d'imposteur. Rejetés de leur groupe d'origine, leur vulnérabilité est à son comble. Commence alors un long processus de recréation d'un réseau social, qui se renforce au gré de l'errance, sélectionnant plus finement les relations pertinentes. Les attaches privilégiées ne suivent plus alors la proximité d'une origine nationale ; leur sélection est influencée par des stratégies d'entrée en contact dans la société d'accueil.

L'autonomie se décline à plusieurs fréquences et intensités, mais il faut souligner l'« importance de l'individualisme comme fondement des rapports sociaux contemporains et de l'injonction individuelle à se réaliser, être autonome et responsable de son succès ou de son échec » (Roy, 2008 : 24). Loger dans un organisme spécialisé leur enlève le poids de se trouver un toit ainsi que le stress d'informations qu'ils n'ont pas, leur permettant de se familiariser avec le fonctionnement de la société d'accueil, et de trouver un angle d'approche, pour participer à la production de cette société. Les demandeurs d'asile et plus

facilement les réfugiés acceptés se trouvent alors des alternatives d'écoute mais également des alternatives de reconnaissance, justifiant leur place dans la société par les bénéfices qu'ils peuvent lui apporter, et à travers les actions de volontariat non seulement s'attachent à une communauté et à ses revendications pour la cause d'un groupe auquel ils s'identifient, mais du même coup se positionnent face à la société d'accueil. Jean-Bernard Pocreau parle d'une communauté thérapeutique lorsqu'il décrit le groupe SAPSIR, le Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés de Québec, où les gens sont encouragés à exprimer leurs souvenirs face à une écoute basée sur la compréhension mutuelle. "In our experience, asylum seekers were happy to elaborate on their stories as a healing process. Participating in the teaching process made them feel more empowered and provided them with an opportunity to contribute to positive change for other asylum seekers" (Pocreau, 2013 :8). Les enjeux de reconnaissance ont un impact primordial dans l'évolution de la vulnérabilité des demandeurs d'asile, et l'appartenance à une communauté qui finit par s'apparenter à une famille est une alternative thérapeutique non négligeable. C'est pour cela que nous pourrions dire de même du Projet Refuge, une communauté thérapeutique, où les demandeurs d'asile et les réfugiés, bien que venant des quatre coins du monde et ayant chacun des histoires de vie différentes, se retrouvent ensemble, partageant la même relation avec la société d'accueil, à savoir celle de devoir faire ses preuves. Une communauté thérapeutique donc, mais avec certaines circonscriptions. Un tremplin vers l'autonomie, la prise de pouvoir, l'indépendance et l'intégration sociale. Un moyen de reconnaissance, d'« empowerment » (Lacroix, 2004), pourvu qu'ils acquièrent de l'aisance à interagir au sein du système dans lequel ils se trouvent, à travers la participation sociale et l'élargissement de leur marge de manœuvre, dans une identité aussi circonscrite que celle de demandeur d'asile. "L'intervention ne devrait plus avoir pour seul objectif d'assurer le mieux-être des individus et des segments de la population auxquels elle était destinée, mais viser également à ce que les destinataires acquièrent les capacités de se tirer d'affaire seuls » (Clément et Bolduc, 2004 : 65), en se créant des liens, en retrouvant une certaine vitalité.

Davantage que de soins, c'est de reconnaissance dont ils ont besoin. L'identification apaisante à une famille de substitution s'est faite en se constituant un réseau social, ils ont sélectionné leurs liens, en fonction de leur capacité d'accepter leur voix, permettant une

reconnaissance réciproque, un soutien à l'établissement, une prise de position dans l'espace social, permettant la résilience, enfin.

Le deuil de ses racines permettra alors au demandeur d'asile de s'allier avec de nouvelles relations, qui d'une part seront une source d'information pour comprendre le « système de mentalités et de représentations sociales » (Abric, 2003 : 18) de la société d'accueil, et qui d'autre part lui laisseront l'espace de se dire, de se définir, de s'approprier et de se réapproprier sa propre personne, le tout l'aidant éventuellement à exprimer son épanouissement social. Ironiquement, c'est au moment où l'accès à l'information sur les services de santé est disponible, que leur santé se porte mieux. Vulnérabilité et reconnaissance ne font pas bon ménage. Se sentir bienvenu, c'est une main tendue vers la résilience.



CONCLUSION

« Dit simplement : est étranger qui n'est pas de « chez nous » - qui n'est pas l'un des nôtres. Rien n'est dit par-là concernant ce que l'étranger est pour lui-même » - Ricoeur (2006 : 264).

Fuir est une option finale, lorsque la vie ne tient plus qu'à un fil. Fuir, c'est quitter son pays parce que la vie y est insupportable. Fuir, c'est ne plus adhérer à un projet national. Fuir, c'est ne plus s'identifier aux valeurs qui ont forgé notre existence. Fuir, c'est renoncer au regard de nos proches, qui reconnaissent la personne que l'on est, qui la valident, qui l'authentifient. Fuir, c'est se détacher de tout cela. « Les identités collectives, les lieux de l'identité et les repères de la vie quotidienne ont été touchés, ou détruits, en même temps, ne laissant d'issue que dans la fuite » (Agier, 2002 : 31). Les gens fuient pour toutes sortes de raisons, mais la fuite est souvent le seul moyen d'assurer sa survie. Si fuir est une option finale, c'est aussi souvent l'unique option, pour prendre un nouveau départ.

En fuyant son pays d'origine, l'exilé devient invisible aux yeux des personnes qu'il laisse, et découd les derniers liens auxquels son identité était attachée. Commence alors un long cheminement aux frontières du monde, pour se retrouver une place, auprès de qui voudra bien l'accepter. Le reconnaître. L'identifier comme réfugié. L'asile est une période transitoire, entre deux espaces, entre deux temps, entre deux identités. « Le déplacement représente une entrée brutale dans un état de flottement liminaire, dont ils ne savent pas, au fond, s'il est réellement provisoire ou durable [...] mouvement inachevé, en suspens, un instant et un intermédiaire entre un point de départ et un point final [...] inaccessible » (Agier, 2002 : 56). L'asile est une plongée dans une spirale de représentations, plus ou moins séduisantes. Les individus qui y vivent se sont dévêtus d'une appartenance nationale et attendent de se voir couvrir du statut de réfugié. L'image qu'ils ont d'eux-mêmes s'en voit dénudée, ouvrant alors la porte à toutes sortes de voyeurs. Leur existence est une question de place. Une place physique, une place sociale. Attendant d'être reconnus. Personne encore, qui alors ?

Le paradoxe de l'asile est la vulnérabilité qu'il engendre. Si la vulnérabilité est un processus de désorganisation du corps, physique ou social, un potentiel qui implique à la fois la présence de conditions environnementales favorables à sa réalisation ainsi que les conditions favorables à son expression (Soulet, 2005), la rencontre l'envenime. La société d'accueil subit une intrusion, à laquelle elle répond par tout un dispositif sécuritaire de contrôle des demandeurs d'asile, visant à prouver leur authenticité. Authenticité qui, d'ailleurs, implique la démonstration de leur vulnérabilité. Or « l'objectivation de la souffrance humaine est un non-sens dans la mesure où celle-ci n'est ni mesurable, ni encore moins comparable » (Blais, 2004 : 113). On leur demande de se raconter, de manière objective, dans les événements chronologiques d'escalade du danger, alors que les recherches montrent que pour guérir, il faut pouvoir produire sa propre version des faits (Kirmayer, 2002), et la transmettre à d'autres, pour qu'ils la reconnaissent, et permettent à son porteur de donner un sens à sa vie. Ainsi les demandeurs d'asile, se sentant rejetés de leur pays d'origine, vulnérables par l'extrême autonomie de leur fuite ainsi que par l'extrême dépendance de leur requête envers la société d'accueil, sont, à premier abord, rejetés de toutes parts. Soupçonnés d'imposture jusqu'à preuve du contraire, ils s'enfoncent dans une plus grande vulnérabilité, au lieu de s'en sortir.

Tout au long du parcours migratoire s'opère une translation des vulnérabilités, depuis les traumatismes pré-migratoires, qui se racontent, encore et encore, à toutes sortes de voyeurs, et se transfèrent de l'ailleurs à l'ici, jusqu'aux difficultés post-migratoires, d'une insertion incertaine en milieu parfois hostile. Ainsi les procédures administratives, le catapultage dans une société réticente, l'absence de réseau social fiable, l'errance spatiale, sont autant de facteurs d'enfoncement dans une vulnérabilité encore plus profonde, dont la nature prend de nouvelles formes. La vulnérabilité structurelle naît dans le cercle vicieux qui enferme la rencontre dans l'incertitude et la peur de l'Autre, qui reproduit les schémas des rapports de pouvoirs inégaux et violents. Elle découle directement d'une violence dans les procédures, comme l'atteste le grand stress engendré par les audiences et diverses obligations de se raconter, et de se prouver. Elle fait référence à la fois aux facteurs de vulnérabilité qui renvoient systématiquement à un passé traumatique, et aussi à ceux qui surgissent à l'arrivée, qui sont maintenant des facteurs de vulnérabilité post-migratoire. Cette vulnérabilité devient apparemment une affaire personnelle alors qu'elle est en fait

relationnelle (Soulet, 2005), elle nécessite une remise en contexte et une resocialisation dans un espace qui lui permette de s'exprimer, et ainsi de la reconnaître à sa juste valeur.

Les représentations sont violentes, lorsqu'elles ne sont pas partagées. Dans cette quête identitaire dictée par des rapports de pouvoir entre le suppliant et le décideur, les demandeurs d'asile ne sont pas toujours en mesure d'imposer leur point de vue. Alors ils jouent avec les représentations, se les approprient parfois. Il s'agit de dévoiler à l'autre la représentation qu'il a déjà, de le conforter dans sa vision du monde. C'est pour ces derniers une manière de retrouver un semblant de pouvoir sur sa vie.

Les mots qualifiant une dérogation à la norme, ainsi que les attentes normatives vis-à-vis d'un individu sain, ou d'un individu malsain orientent les manières d'exprimer cette déviance, mais également d'y répondre, de se l'approprier ou de la rejeter, de la traiter ou de la laisser vivre (Corin et Rousseau, 1997). L'important est de laisser le sens se créer (Del Vecchio Good *et al.*, 2008). La vulnérabilité, à cause de toutes les ambiguïtés qu'elle véhicule, violence les personnes dont on dit qu'elles en sont atteintes. Peut-être ces individus, qui postulent au statut de réfugié, le sont-ils, vulnérables. Mais ces définitions sont affaires individuelles, collectives, sociales. L'expression d'un tel sentiment dépend d'environnement et d'intérêts. Pourtant, l'évolution d'un trouble du comportement est tributaire de la reconnaissance que l'on en a (Corin & Rousseau, 1997). Par exemple, en 2015, avec l'élection d'un nouveau gouvernement fédéral, les politiques d'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile et réfugiés promettent de changer, et leur bonification augure une transformation positive de l'image que la société canadienne se fait d'eux.

Dans notre société où parfois les services comportent des lacunes, les organismes communautaires jouent un rôle primordial, proposant des alternatives aux obstacles (Oxman-Martinez & al., 2007). En effet, pour ne pas entrer dans le cercle vicieux de culture de la vulnérabilité et au contraire pour mieux guérir, il est important de percevoir « les personnes réfugiées tout d'abord comme des acteurs sociaux actifs et engagés dans leurs démarches d'intégration à la société d'accueil » (Gauthier *et al.*, 2010 : 16). L'établissement est un processus dynamique qui met en interaction des aspects matériel

tels que se trouver un logement, un travail ; des aspects sociaux, c'est-à-dire la constitution progressive de liens voire d'un réseau ; et enfin des aspects symboliques qui renvoient à la reconnaissance (Fortin et Renaud, 2004). Entre la perte des derniers liens familiaux associée à l'exil et la reconstitution de liens de substitution au sein de Projet Refuge associés à l'attribution décisive d'un statut, un long parcours s'est opéré à travers divers lieux de socialisation. Lieux de passage, lieux de stabilisation, lieux d'identification, l'arrêt à Projet Refuge traduit un fort sentiment d'appartenance et de sécurité. La trajectoire se dessine en parallèle de l'écoute et de la reconnaissance prodiguées, en parallèle d'une trajectoire thérapeutique, à la recherche parfois de soins de santé, auprès de sources d'informations erronées, ricochant vers d'autres sources plus fiables, à la recherche de soi, se constituant un réseau apaisant, se rapprochant toujours plus de la reconnaissance. Ce sont ces enjeux qui les rendent vulnérables. À travers leurs trajectoires migratoires s'opère une trajectoire thérapeutique, réunion progressive des pièces de leur identité, compilant les représentations qui les soulagent du poids de la vulnérabilité qu'on leur veut et qui les rend malades, pour ne se rapprocher que de celle qui leur permettent de projeter un avenir résilient. Ainsi tant la fuite pour ne pas devenir quelqu'un d'autre, que l'installation au sein de Projet Refuge renforcent les confrontations, négociations et réajustements identitaires auxquels les demandeurs d'asile et réfugiés sont soumis tout au long de leurs procédures administratives, leur redonnant un peu de pouvoir sur leur vie, et un peu de confiance en eux aussi. Projet Refuge, en tant que réseau de solidarité, et pour certains en tant que famille, apporte le bien-être, aussi relatif soit-il, à travers la reconnaissance de chaque individu, sans jugement.

J'y ai rencontré la résilience, cette capacité d'aller de l'avant alors que tout s'écroule, cette force de vie, qui permet de garder espoir. « Cette relation qui existe entre les processus individuels et collectifs de construction du sens, paraît jouer un rôle capital dans la résistance exceptionnelle dont font preuve certaines personnes placées dans des circonstances susceptibles d'affecter gravement la majorité des gens » (Corin et Rousseau, 1997 : 530). Les résidents de Projet Refuge, bien que parlant de douleur et de malaise, ont réussi à trouver une famille de substitution, leur fournissant du même coup des

informations sur les services de soins, et une meilleure santé, si ce n'est physique du moins mentale. Leur offrant aussi une place, reconnue et valorisée, dynamique par la possibilité de participer à la vie de la Maison, par les opportunités de bénévolat que certains sont allés chercher, et par la reconnaissance qu'ils réussissent à éprouver envers la société d'accueil, malgré tout.

Or « définir une « identité » communautaire fragilisée sans la réifier, la circonscrire sans la reconduire, l'isoler dans la multiplicité sociale sans l'essentialiser, la rendre explicite pour contribuer à la faire disparaître comme telle » (Vibert, 2004 : 43), tel est l'enjeu d'un organisme communautaire comme Projet Refuge. Tel est l'enjeu aussi pour un anthropologue, qui à travers ses mots, prend beaucoup de pouvoir de reconnaissance à son tour. Car comme l'explique Raymond Massé (2004), il est souvent ambigu de plaider la cause de personnes vulnérables sans les rendre victimes davantage. En tant que chercheur on sélectionne nos intérêts, on sélectionne nos critères d'inclusion et d'exclusion des populations étudiées, les catégories de comparaison, les outils de collecte de données, les résultats que l'on veut interpréter, on sélectionne enfin un auditoire. On met des choses en lumière, et on en laisse d'autres dans l'ombre. Parfois aussi on part avec des préjugés, et on les déconstruit petit à petit. On participe toujours à alimenter les représentations. Je suis allée rencontrer des gens vulnérables, j'ai trouvé des gens inspirants. Je suis allée plaider leur cause, et je reviens impressionnée, par leur débrouillardise dans l'entreprise de leur insertion. Au regard des multiples témoignages, et des divers bienfaits de l'organisme, espérons que la fermeture de Projet Refuge suite à ses remises en question existentielles fera office de leçon pour d'autres, pour mieux accompagner, du moins pour mieux rebondir.

I pray this house stay here for other refugees, because it helps me a lot... and thank you for your help ! Thank you very much. So... we're done ? C'est fini ? – Laurent.

BIBLIOGRAPHIE

ABRIC J-C., 2003, « De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale » : 11-19, dans *Exclusion sociale, insertion et prévention*. ERES.

ADAM-VÉZINA E., 2012, « Femmes africaines séropositives en quête d'asile. Opportunités et contraintes de la politique migratoire canadienne », *Revue Européenne des migrations internationales*, 28, 2 : 129-148.

AGAMBEN G., 1997, *Homo Sacer : le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris, Éditions Du Seuil.

AG ASSARID M., 2006, *Y a pas d'embouteillage dans le désert ! Chroniques d'un touareg en France*. Paris, Presses de la Renaissance.

AGIER M., 2002, *Aux bords du monde, les réfugiés*. Paris, Flammarion.

AKBARI A. H. et J. HARRINGTON, 2007, « Initial location choice of new immigrants to Canada », *Centre Métropolis Atlantique*, consulté sur internet (http://community.smu.ca/atlantic/documents/AkbariandHarringtonWP5_000.pdf) le 10 mars 2015.

ARSENAULT S., 2009, « Pratiques familiales transnationales : le cas des réfugiés colombiens au Québec », *Anthropologie et sociétés*, 33, 1, : 211-227.

ASGARY R. et C. L. SMITH, 2013, « Ethical and professional considerations providing medical evaluation and care to refugee asylum seekers », *American Journal of Bioethics*, 13, 7 : 3-12.

AUGÉ M., 1992, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris, Éditions du Seuil.

BAUER T., G. EPSTEIN et I. GANG, 2002, « Herd Effects or Migration Networks ? The Location Choice of Mexican Immigrants in the US », *Mobility and Flexibility of Labor*, Discussion Paper, consulté sur internet (https://www.iza.org/iza/en/papers/transatlantic/1_gang.pdf) le 6 août 2015.

BÉCHARD J. et S. ELGERSMA, 2013, *La protection des réfugiés au Canada*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, consulté sur internet (<http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/2011-90-f.pdf>).

BERCHET C. et F. JUSOT, 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition », *Économie Publique*, 1-2, 24-25 : 73-100.

- BERNIER B., 1983, « L'apparition du nationalisme en Occident : les contextes historiques », *Anthropologie et Sociétés*, 7, 2 : 111-129.
- BIGO D., 1998, « L'immigration à la croisée des chemins sécuritaires », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 14, 1 : 25-46.
- BLAIS L., 2004, « Construire l'autre... comme semblable » : 105-124, dans F. Saillant et al. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- BOHARD I., 2011, *Analyse anthropologique des demandes d'asile pour les violences de genre au Canada*. Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal.
- BOLZMAN C., 2001, « Politiques d'asile et trajectoires sociales des réfugiés : une exclusion programmée. Le cas de la Suisse », *Sociologie et Sociétés*, 33, 2 : 133-158.
- BOURDIEU P., 1991, « Introduction à la socioanalyse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 90 : 3-5.
- BRACHET O., 2002, « La condition du réfugié dans la tourmente de la politique d'asile », *Hommes et Migrations*, 1238 : 45-58.
- CARRASCO P. et J. CHARBONNEAU, 1999, « La constitution de liens faibles : une passerelle pour l'adaptation des immigrantes centro-américaines mères de jeunes enfants à Montréal », *Études ethniques au Canada*, 31, 1 : 73-91.
- CASELLI G., J. VALLIN et G. WUNSCH, 2003, « VI – La destination des flux » : 132-134, dans *Démographie : analyse et synthèse. Les déterminants de la migration*. Paris, Institut National d'Études Démographiques.
- CAULFORD P. et J. D'ANDRADE, 2012, « Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada », *Le médecin de famille canadien*, 58, consulté sur internet (<http://www.cfp.ca/content/58/7/e362.full>), le 5 juin 2015.
- CCR, 2010, *Welcome to Canada : the Experience of Refugee Claimants at Port-of-Entry Interviews*. Consulté sur internet (<http://ccrweb.ca/files/poereport.pdf>) le 1er mai 2015.
- CEYHAN A., 2001, « Terrorisme, immigration et patriotisme. Les identités sous surveillance », *Cultures et Conflits*, 44 : 117-133.
- CHÂTEL V. et M-H. SOULET, 2003, « Préface » : XI – XVI, dans *Agir en situation de vulnérabilité*. Saint-Nicolas, Presses de l'Université Laval.
- CIC, 2012, *Document d'information : aperçu des modifications apportées au Programme Fédéral de Santé Intérimaire*. Consulté en ligne (<https://www.fmsq.org/documents/10275/1358433/Document+d'information+CIC.pdf>).

CLARKSON M. et J. RENAUD, 2002, « Chapitre 16. Conditions socioéconomiques et milieu de travail » : 303-317, dans Gouvernement du Québec, *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Consulté sur internet (http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_comm_cult98_992002H00F18.pdf) le 18 octobre 2015.

CLÉMENT M. et N. BOLDUC, 2004, « Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire » : 61-82, dans F. Saillant *et al.* (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.

CLEVELAND J., 2008, « The Guideline on Procedures with Respect to Vulnerable People Appearing Before the Immigration and Refugee Board of Canada : A Critical Overview », *Refuge*, 25, 2 :119-131.

CLEVELAND J., C. ROUSSEAU et R. KRONICK, 2012, *Les effets néfastes de la détention et de la séparation familiale sur la santé mentale des demandeurs d'asile dans le contexte du Projet de loi C-31*, CSSS de la Montagne, consulté sur internet (https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/memoire_c31_final.pdf) le 18 octobre 2013.

CLEVELAND J., C. ROUSSEAU et R. KRONICK, 2012, *L'impact du projet de loi C-4 sur la santé mentale des demandeurs d'asile*. SHERPA, consultation sur internet (http://www.sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2013/10/Impact_du_projet_de_loi_C-4_sur_la_sante_mentale_des_demandeurs_d_asile_integral.pdf), le 25 octobre 2013.

CLEVELAND J., C. ROUSSEAU et J. GUZDER, 2014, « Cultural Consultation for Refugees » : 245-268, dans L. Kirmayer *et al.*, *Cultural Consultation : Encountering the Other in Mental Health Care*, New York, Springer.

CLEVELAND J. et M. RUIZ-CASARES, 2013, « Clinical Assessment of Asylum Seekers : Balancing Human Rights Protection, Patient Well-Being, and Professional Integrity », *The American Journal of Bioethics*, 13, 17 : 13-15.

CLIFFORD J., 1983, « On Ethnographic Authority », *Representations*, 2 : 118-146.

CLOCHARD O., 2007, « Les réfugiés dans le monde entre protection et illégalité », *ÉchoGéo*, 2, consulté sur internet (<https://echogeo.revues.org/1696>), le 20 septembre 2014.

- COGNET M., 2004, « La vulnérabilité des immigrants : analyse d'une construction sociale » : 155-188, dans F. Saillant *et al.* (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- COGNET M., 2007, « Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé » : 39-63, dans M. Cagnet et C. Montgomery (dir.), *Éthique de l'altérité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- COHEN V., 1997, « La vulnérabilité relationnelle. Essai de cadrage et de définition », *Socio-anthropologie*, 1 : 1-13.
- COLLIN M.-N. et E. JIMENEZ, 2013, « La détention des demandeurs d'asile au Canada : les protections garanties aux réfugiés en droit international sont-elles respectées ? », *Revue de droit de l'Université Sherbrooke*, 43 : 751-792.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P., 1999, « La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6, 2 : 174-191.
- CORIN E. et C. ROUSSEAU, 1997, « Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques : à la recherche de nouveaux modèles », *Médecine/Science*, 13, 4 : 527-533.
- CORNU L., 2004, « Le corps étranger. Fantômes et métaphores », *Le Télémaque*, 1, 25 : 87-100.
- COUR FÉDÉRALE, 2014, *Jugements et motifs*. Consulté sur internet (<http://cas-cdc-ww02.cas-satj.gc.ca/rss/T-356-13%20Cdn%20Doctors%20v%20AGC%20%28Translation%29.pdf>).
- COUR FÉDÉRALE, 2014, *Résumé*. Consulté sur internet (<http://cas-cdc-ww02.cas-satj.gc.ca/rss/Bulletin%20T-356-13%20Cdn%20doctors%20july-04-2014%20FR.pdf>).
- CRÉPEAU F., D. NAKACHE et I. ATAK, 2007 « International migration : security concerns and human rights standards », *Transcultural psychiatry*, 44, 3 : 311-337.
- CUILLERAI M. et M. ABÉLÈS, 2002, « Mondialisation : du géo-culturel au biopolitique », *Anthropologie et Sociétés*, 26, 1 : 11-28.
- DEL VECCHIO GOOD M.-J., S. T. HYDE, S. PINTO et B. J. GOOD, 2008, *Postcolonial Disorders (Ethnographic Studies in Subjectivity)*. Berkeley, University of California Press.

DERI C., 2005, « Social networks and health service utilization », *Journal of Health Economics*, 24 :1076-1107.

DEVILLANOVA C., 2008, « Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan », *Journal of Health Economics*, 27 : 265-286.

D'HALLUIN E., 2004, « Comment produire un discours légitime ? » *Plein droit*, 4, 63 : 30-33.

D'HALLUIN E., 2006, « La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes », *L'Évolution Psychiatrique*, 71 : 521-534.

DUPUIS-DÉRI F., 2014, « Émergence de la notion de « profilage politique » : répression policière et mouvements sociaux au Québec », *Politique et Sociétés*, 33, 3 : 31-56.

FARMER P., 2004, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press.

FAZEL M., J. WHEELER et J. DANESH, 2005, « Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review », *The Lancet*, 365, 9467 : 1309-1314.

FIBBI R. et J. DAHINDEN, 2004, « Les requérants d'asile et le travail : déclassés ? indispensables ? bienvenus ? », *Revue Suisse pour la pratique et le droit d'asile*, 3 : 21-27.

FORTIN S. et J. RENAUD, 2004, « Stratégies d'établissement en contexte montréalais : une diversité de modalités ? » : 31-59, dans J. Renaud et al. (dir.), *Le racisme et la discrimination : permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*, Québec, Presses de l'Université Laval.

FORTIN S., 2008, « The Paediatric Clinic as Negotiated Social Space », *Anthropology and Medicine*, 15, 3 : 175-187.

FORTIN S., 2013, « Éthique et prise de décision médicale en contexte de diversité », *Migrations Santé*, 146-147 : 17-51.

- FORTIN S. et J. LE GALL, 2007, « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques », *Enfances, Familles, Générations*, 6 : 16-37.
- FOUCAULT M., 2004a, « Des espaces autres », *Empan*, 2, 54 : 12-19.
- FOUCAULT M., 2004b, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris, Gallimard.
- FRESIA M., 2007, « Les réfugiés comme objet d'étude pour l'anthropologie : enjeux et perspectives », *Refugee Survey Quarterly*, 26, 3 : 100-118.
- GAUCHER C. et P. FOUGEYROLLAS, 2004, « Construire la différence et reproduire la vulnérabilité : le cas des « personnes handicapées » » : 127-154, dans F. Saillant et al. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- GAUTHIER C., M. LACROIX, M. LIGUORI, E. MARTINEZ et K. NGUYEN NGOC., 2010, « L'intégration, à la jonction du discours normatif et de l'expérience vécue : des demandeurs d'asile s'expriment », *Service social*, 56, 1 : 15-29.
- GENTIS R., 1970, *Les murs de l'asile*. Paris, Maspero.
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 2012, *Renvois rapides*. Consulté sur internet (<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/reforme-renvois.asp>).
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 2012, *Archivé. La loi visant à protéger le système d'immigration du Canada reçoit la sanction royale*. Consulté sur internet (<http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=683929>).
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 2012, *Archivé. Décret concernant le Programme Fédéral de Santé Intérimaire (2012)*. Consulté sur internet (<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/TR-2012-26/section-1-20120630.html>).
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 2013, *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. Consulté sur internet (<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/I-2.5.pdf>).
- GOUVERNEMENT DU CANADA, 2015, *Le système canadien d'octroi de l'asile*. Consulté sur internet (<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/canada.asp>).
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2014, *Portraits statistiques – L'immigration temporaire au Québec : 2008-2013*. Consulté sur internet (http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_Immigration_Temporaire_2008_2013.pdf) le 11 août 2015.

- GRINBERG L. et R. GRINBERG, 1986, *Psychanalyse de l'immigrant et de l'exilé*. Lyon, Césura.
- GUAY-CHARRETTE A., 2010, *L'accès au logement par les nouveaux arrivants à Montréal : le cas des réfugiés et demandeurs d'asile en provenance d'Afrique subsaharienne*, Mémoire de Maîtrise, INRS/UQAM.
- GUILBERT L., 2005, « L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance » *Ethnologies*, 27, 1 : 5-32.
- GUILLON M., L. LEGOUX et E. MA MUNG, 2003, *L'asile politique entre deux chaises : droits de l'Homme et gestion des flux migratoires*, Paris, L'Harmattan.
- HALL S., 1997, « Introduction » : 1-11, et « The spectacle of the Other » : 223-279, dans S. Hall et al., *Cultural representations and signifying practices*, Open University, SAGE.
- HARMSSEN H., R. BERNSEN, M. BRUIJNZEELS et L. MEEUWESSEN, 2008, « Patients' evaluation of quality of care in general practice : what are the cultural and linguistic barriers? », *Patient Education and Counseling*, 72 : 155-162.
- HARRIS H. P. et D. ZUBERI, 2015, « Harming Refugee and Canadian Health : the Negative Consequences of Recent Reforms to Canada's Interim Federal Health Program », *Journal of International Migration and Integration*, 16, 4 : 1041-1055.
- HYNDMAN J., 2015, « Rapport : Synthèse de la recherche sur les réfugiés de 2009 à 2013 », CERIS, consulté sur internet (http://ceris.ca/wp-content/uploads/2015/05/CERIS_Research_Synthesis_Refugees_French-19-May-2015.pdf), le 10 août 2015.
- JODELET D., 2003, « 1. Représentations sociales : un domaine en expansion » : 45-78, dans *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France.
- KAPSAMBELIS V., 2011, *Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*. Paris, Douin.
- KHELLIL M., 2005, « Chapitre 2 – Intégration et socialisation » : 24-38, dans *Sociologie de l'intégration*, Presses Universitaires de France.
- KIRMAYER L., 1989, « Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress », *Social Science and Medicine*, 29, 3 : 327-339.
- KIRMAYER L., 2002, « Le dilemme du réfugié », *Évolution Psychiatrique*, 67 : 743-763.
- KIRMAYER L., L. NASARIAH, M. MUNOZ, M. RASHID, A. RYDER, J. GUZDER, G. HASSAN, C. ROUSSEAU et K. POTTIE, 2011, « Common mental health problem in immigrants and refugees: general approach in primary care », *Canadian Medical*

Association, 183, 12, consulté sur internet

(<http://www.cmaj.ca/content/183/12/E959.full.pdf>) le 5 juin 2015.

KIRMAYER L. et N. SARTORIUS, 2007, « Cultural models and somatic syndroms », *Psychosomatic Medicine*, 69, 9 : 832-840.

KLAUSSER N., 2015, « Vers un renforcement du « droit » à une procédure équitable des demandeurs d'asile et une meilleure prise en compte de leurs traumatismes ? », *La Revue des Droits de l'Homme*, consultation sur internet (<https://revdh.revues.org/1089#text>), le 21 mai 2015.

KRISTEVA J., 1980, *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Paris, Éditions du Seuil.

KUILE S., C. ROUSSEAU, M. MUNOZ, L. NADEAU et M-J. OUMET, 2007 « The Universality of the Canadian Health Care System in Question: Barriers to Services for Immigrants and Refugees », *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 3, 1 : 15-26.

LACROIX M., 2003, « L'expérience des demandeurs d'asile : vers l'élaboration de nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, 16, 2 : 178-191.

LACROIX M., 2004, « Les demandeurs d'asile au Canada : quelques enjeux pour la pratique du travail social », *Service social*, 51, 1 : 45-59.

LAI Y. et M. HYNIE, 2010, « Community engagement and well-being of immigrants : the role of knowledge » : 93-97, dans Agence de la santé publique du Canada et Métropolis, *Thèmes Canadiens. La santé mentale des immigrants*, consulté en ligne (http://www.metropolis.net/pdfs/immi_health/Immigrant%20Mental%20Health%20-%20pgs93-97.pdf) , le 17 mai 2015.

LAMONT M. et C.A. BAIL, 2005, « Sur les frontières de la reconnaissance », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 21, 2 : 61-90.

LANGER L., 1997, « The Alarmed Vision : Social Suffering and Holocaust Atrocity » : 46-65, dans A. Kleinman et al. (éd.), *Social Suffering*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press.

LE BLANC G., 2010, *Dedans, dehors. La condition d'étranger*. Paris, Éditions du Seuil.

LE GALL J., 2009, « Le lien familial et la solidarité à l'épreuve de la migration : le cas de musulmanes libanaises à Montréal », *Les pratiques sociales*, 3-4 : 27-44.

LEWKOWICZ G., 2011, « Roger Gentis, freudaines, la psychiatrie, ça sert à quoi au juste ? Chroniques de la Quinzaine », *Essaim*, 2, 27 : 163-165.

- LIDCHI H., 1997, « The poetics and the politics of exhibiting other cultures » : 151-208, dans S. Hall et al., *Cultural representations and signifying practices*, Open University, SAGE.
- LOCK M. et V-K. NGUYEN, 2010, « The Normal Body » : 32-56, *An Anthropology of Biomedicine*, West Sussex, Wiley-Blackwell.
- MARZANO M., 2005, « Lorsqu'un intrus occupe le corps », *Cités*, 1, 21 : 57-60.
- MASSÉ R., 2003, « Valeurs universelles et relativisme culturel en recherche internationale : les contributions d'un principisme sensible aux contextes socioculturels », *Autrepart*, 4, 28 : 21-35.
- MASSÉ R., 2004, « Les groupes communautaires comme espaces moraux » : 307-324, dans F. Saillant et al. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- MASSÉ R., 2010, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 1 : 1-15.
- MCDONALD J.T., 2004, « Toronto and Vancouver Bound : The Location Choice of New Canadian Immigrants », *Canadian Journal of Urban Research*, 13, 1 : 85-101.
- MCDONALD J. T., 2006, « The Health Behaviour of Immigrants and Native-Born People in Canada », *Série de documents de recherche du Centre Métropolis Atlantique*, consulté sur internet (<http://community.smu.ca/atlantic/documents/McDonald-WP1.pdf>), le 5 mars 2015.
- MEINTEL D., 1998, « Récits d'exil et mémoire sociale des réfugiés » : 55-74, dans F. Laplantine et al. (éd.), *Récits et connaissances*. Lyon, Presses Universitaires.
- MESTRE C., 2006, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *L'évolution Psychiatrique*, 71 : 535-544.
- MOREAU S., C. ROUSSEAU et A. MEKKI-BERRADA, 1999, « Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales », *Nouvelles pratiques sociales*, 12, 1 : 177-196.
- MORRIS D. B., 1997, « About Suffering : Voice, Genre and Moral Community » : 25-45, dans A. Kleinman et al. (éd.), *Social Suffering*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press.
- MUNOZ M. et J-C. CHIRGWIN, 2007, « Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis », *Le Médecin du Québec*, 42, 2 : 33-43.

MUSSO S., 2005, « Dossier n°2 – Regard sur... La santé et l'« immigration » », *Bulletin Amades*, 64, consultation sur internet (<http://amades.revues.org/269>), le 16 janvier 2012.

NANCY J-L., 2000, *L'intrus*. Paris, Galilée.

ONU, 1948, *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*, consulté sur internet (<http://www.un.org/fr/documents/udhr/>).

OUIMET M-J., M. MUNOZ, L. NARASIAH, V. RAMBURE et J.A. CORREA, 2008, « Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 99, 6 : 499-504.

OXMAN-MARTINEZ J., E. JIMENEZ, J. HANLEY et I. BOHARD, 2007, « La dynamique triangulaire dans le processus d'incorporation des demandeurs d'asile, les politiques migratoires et le rôle des organismes communautaires », *Refuge*, 24, 2 : 76-85.

PICHÉ V., 2005, « Immigration, mondialisation et diversité culturelle : comment gérer les défis ? », *Les Cahiers du Gres*, 5, 1 : 7-28.

POCREAU J-B., 2005, « L'ethnopsychiatrie : une pratique clinique du lien et de la médiation » : 221-236, dans F. Saillant et E. Gagnon (dir.), *Communautés et socialité : formes et force du lien social dans la modernité tardive*, Montréal, Liber.

POCREAU J-B., 2013, « De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie transculturelle : un parcours sensible à la rencontre de l'autre » : 71-89, dans M. Seffahi, *Autour de Laplantine : d'une rive à l'autre*. Paris, Archives contemporaines.

PORTER M. et N. HASLAM, 2005, « Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons : a meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, 294, 5 : 602-612.

POUILLON J., 1973, « Introduction » dans *Le cru et le su*. Paris, Éditions du Seuil.

PRAIDA, UNHCR et YMCA, 2013, *Rapport. Groupes de discussion auprès des demandeurs d'asile*, consulté sur internet (<http://www.unhcr.ca/wp-content/uploads/2014/10/RPT-2013-08-21-statut-de-refugie-f.pdf>) le 10 août 2015.

QUESADA J., L. KAIN HART et P. BOURGOIS, 2011, « Structural Vulnerability and Health : Latino Migrant Laborers in the United States », *Medical Anthropology : Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30, 4 : 339-362.

RAFFESTIN C., 1986, « Éléments pour une théorie de la frontière », *Diogène*, 34, 134 : 3-21.

RAMQ, 2012, *Infolettre. Nouvelle clientèle couverte en assurance maladie, mesures transitoires*. Consulté sur internet

(<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2012/info111-2.pdf>).

RAZA D., M. RASHID, L. REDWOOD-CAMPBELL, K. ROULEAU et P. BERGER, 2012, « Un devoir moral. Pourquoi contester les coupures concernant la santé des réfugiés au Canada », *Le médecin de famille canadien*, 58, consulté sur internet (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395537/pdf/058e365.pdf>), le 5 juin 2015.

RENAUD J., 2005, « Limites de l'accès à l'emploi et intégration des immigrants au Québec : quelques exemples à partir d'enquêtes », *Santé, société et solidarité*, 1 : 109-117.

RICOEUR P., 2000, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris, Éditions du Seuil.

RICOEUR P., 2006, « La condition d'étranger », *Esprit*, 3 : 264-275.

ROSE D. et B. RAY, 2001, « Le logement des réfugiés à Montréal trois ans après leur arrivée : le cas des demandeurs d'asile ayant obtenu la résidence permanente », *Journal of International Migration and Integration*, 2, 4 : 455-492.

ROUSSEAU C., N. ALAIN, S. DEPLAEN, M. CHIASSEON-LAVOIE, A. ELEJALDE, A. LYNCH et E. MOSS, 2005, « Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle », *Nouvelles pratiques sociales*, 17, 2 : 109-125.

ROUSSEAU C., F. CRÉPEAU, P. FOXEN et F. HOULE, 2002, « The Complexity of Determining Refugeehood: A Multidisciplinary Analysis of the Decision-making Process of the Canadian Immigration and Refugee Board », *Journal of Refugee Studies*, 15, 1 : 43-70.

ROUSSEAU C. et P. FOXEN, 2006, « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? », *L'évolution psychiatrique*, 71 : 505-520.

ROUSSEAU C., A. MEKKI-BERRADA et M-C. RUFAGARI, 1999, « Traumatismes et séparations familiales prolongées chez les réfugiés du Congo-Kinshasa établis à Montréal », *Revue Canadienne des études africaines*, 33, 2-3 : 584-592.

ROY S., 2008, « De l'exclusion à la vulnérabilité : continuité et rupture » : 13-34, dans V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

RYGIEL P., 2008, « Du genre de l'exil », *Le mouvement social*, 4, 225 : 3-8.

- SAID E, 1989, « Representing the Colonized: Anthropology's Interlocutors », *Critical Inquiry*, 15, 2 : 205-225.
- SAILLANT F., 2000, « Identité, invisibilité sociale et altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1 : 155-171.
- SAILLANT F., 2004, « Constructivismes, identités flexibles et communautés vulnérables » : 19-42, dans F. Saillant *et al.* (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- SAILLANT F., 2007, « « Vous êtes ici dans une mini-ONU » : les réfugiés publics au Québec. De l'humanitaire au communautaire », *Anthropologie et Sociétés*, 31, 2 : 65-90.
- SAILLANT F. et M. CLÉMENT, 2004, « Liminaire » : 9-16, dans F. Saillant *et al.* (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.
- SAILLANT F. et E. GAGNON, 2005, *Communautés et socialité. Formes et force du lien social dans la modernité tardive*, Montréal, Liber.
- SAYAD A., 2006, *L'immigration, ou les paradoxes de l'altérité. Tome 1 : L'illusion du provisoire*. Paris, Raison d'Agir.
- SHEIKH H., M. RASHID, P. BERGER et J. HULME, 2013, « La santé des réfugiés. Offrir les meilleurs soins possibles en dépit de coupures paralysantes », *Le médecin de famille canadien*, 59, consulté sur internet (<http://www.cfp.ca/content/59/6/e251.full.pdf>) le 4 juin 2015.
- SIMMONS A. B., 2002, « Mondialisation et migration internationale : tendances, interrogations et modèles théoriques », *Cahiers québécois de démographie*, 31, 1 : 7-33.
- SMITH H. et D. LEY, 2008, « Even in Canada? The Multiscalar Construction and Experience of Concentrated Immigrant Poverty in Gateway Cities », *Annals of the Association of American Geographers*, 98, 3 : 686-713.
- SOULET M-H. 2005, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, 2, 10 : 49-59.
- SOULET M-H., 2008, « La vulnérabilité : un problème social paradoxal » : 65-92, dans V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- STEEL Z., T. CHEY, D. SILOVE, C. MARNANE, R.A. BRYANT et M. van OMMEREN, 2009, « Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement : a

systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, 302, 5 : 537-549.

TABOADA-LEONETTI I., 1990, « Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue » : 43-83, *dans* C. Camilleri *et al.*, *Stratégies identitaires*, Paris, Presses Universitaires de France.

TARRIUS A., J. COSTA-LASCOUX et M-A. HILY, 2001, « Au-delà des États-nations : des sociétés de migrants », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17, 2 : 37-61.

UNHCR, 2007, *Convention et Protocole relatifs au statut de réfugié*. Consulté sur internet (<http://www.unhcr.fr/4b14f4a62.html>).

UNHCR, 2014, *Global Trends. Forced Displacements in 2014*. Consulté sur internet (<http://unhcr.org/556725e69.html>).

VANTHUYNE K., F. MELONI, M. RUIZ-CASARES, C. ROUSSEAU et A. RICARD-GUAY, 2013, « Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: health as a right or a privilege? », *Social science and Medicine*, 93 : 78-85.

VIBERT S., 2004, « La genèse de l'idée de « communauté » comme transcription collective de l'individualisme moderne » : 43-60, *dans* F. Saillant *et al.* (dir.), *Identités, vulnérabilités, communauté*. Cap-Saint-Ignace, Nota Bene.

WILSON K., 2003, « Therapeutic Landscapes and First Nations Peoples: an Exploration of Culture, Health and Place », *Health and Place*, 9 : 83-93.

YOUNG A., 1997, « Suffering and the Origins of Traumatic Memory » : 245-260, *dans* A. Kleinman *et al.* (éd.), *Social Suffering*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press.

